

Møte tirsdag den 27. mars kl. 10

President: H a n s J . R ø s j o r d e

D a g s o r d e n (nr. 68):

1. Interpellasjon fra representanten Odd Roger Enoksen til statsministeren:

«Regjeringen har lagt fram en rekke saker som vil føre til at viktige arbeidsplasser sentraliseres. De viktigste forslagene er omorganisering av ligningsetaten, av politidistriktene, av by- og herredsrettene, utvikling av tapskompensasjonen i inntektssystemet, omorganisering av Forsvaret samt strukturendringer i landbruket og fiskerinæringen. Totalt sett kan dette innebære dramatiske konsekvenser for mange lokalsamfunn og kommuner i Distrikts-Norge. Stortinget har vedtatt at konsekvensene for distriktpolitikken skal utredes som en del av beslutningsgrunnlaget når Stortinget skal avgjøre om politikken på viktige samsfunnsområder skal legges om.

Hva vil Regjeringen gjøre for å vise de samlede konsekvensene av de nevnte forslag?»

2. Innstilling frå sosialkomiteen om verdier for den norske helsetenesta
(Innst. S. nr. 172 (2000-2001), jf. St.meld. nr. 26 (1999-2000))
3. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentant John I. Alvheim om dekning av kostnader til hjemmebasert dialyse som behandling for kronisk nyresvikt
(Innst. S. nr. 161 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:21 (2000-2001))
4. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Are Næss, John I. Alvheim, Marit Tingelstad og Odd Einar Dørum vedrørende ny forskrift til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd
(Innst. S. nr. 170 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:28 (2000-2001))
5. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790, post 72 Sykehusbehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge
(Innst. S. nr. 171 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:36 (2000-2001))
6. Innstilling fra energi- og miljøkomiteen om Numedals-Laugens Brugseierforening. Ny konsesjon for fortsatt regulering av Numedalslågen
(Innst. S. nr. 179 (2000-2001), jf. St.prp. nr. 37 (2000-2001))
7. Innstilling fra energi- og miljøkomiteen om forslag fra stortingsrepresentant Steinar Bastesen om lovfor-
slag vedrørende vern i og ved sjøområder og implementering av bestemmelser om konsekvensutredninger
(Innst. S. nr. 173 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:34 (2000-2001))
8. Referat

Presidenten: Representantene Ansgar *Gabrielsen* og Torstein *Rudihagen*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Den innkalte vararepresentant for Sør-Trøndelag fylke, Michael *Momyr*, har tatt sete.

Det foreligger to permisjonssøknader:

- fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Rikke *Lind* fra og med 27. mars og inntil videre
- fra representanten Einar *Steensnæs* om permisjon i tiden fra og med 27. mars til og med 30. mars for etter invitasjon å delta i offisielt besøk til Kypros.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknadene behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentantene, for Akershus fylke Åge *Tovan* og for Rogaland fylke Olaf *Gjedrem*, innkalles for å møte i permisjonstiden.

Presidenten: Åge Tovan og Olaf Gjedrem er til stede og vil ta sete.

Valg av settepresidenter

Presidenten: Presidenten vil foreslå at det velges to settepresidenter for Stortingets møter i inneværende uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten ber om forslag på settepresidenter.

Carl I. Hagen (Frp) (fra salen): Jeg tillater meg å foreslå Kenneth Svendsen og Per Ove Width.

Presidenten: Kenneth Svendsen og Per Ove Width er foreslått som settepresidenter. – Andre forslag foreligger ikke, og Kenneth Svendsen og Per Ove Width anses enstemmig valgt som settepresidenter for inneværende ukens møter.

Statsminister Jens Stoltenberg overbrakte 3 kgl. proposisjoner (se under Referat).

Presidenten: Representanten Karin Andersen vil fremsette et privat forslag.

Karin Andersen (SV): På vegne av representanten Kristin Halvorsen og meg sjøl vil jeg sette fram forslag om regelverk som sikrer varig rimelige husleier i sosiale utleieboliger.

Presidenten: Representanten Siv Jensen vil fremsette et privat forslag.

Siv Jensen (Frp): På vegne av Harald Tom Nesvik og meg selv vil jeg fremme forslag om å belønne dem som ønsker å bidra med sin arbeidskraft etter fylte 67 år.

Presidenten: Forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

S a k n r . 1

Interpellasjon fra representanten Odd Roger Enoksen til statsministeren:

«Regjeringen har lagt fram en rekke saker som vil føre til at viktige arbeidsplasser sentraliseres. De viktigste forslagene er omorganisering av ligningssetaten, av politidistriktene, av by- og herredsrettene, avvikling av tapskompensasjonen i inntektssystemet, omorganisering av Forsvaret samt strukturendringer i landbruket og fiskerinæringen. Totalt sett kan dette innebære dramatiske konsekvenser for mange lokalsamfunn og kommuner i Distrikts-Norge. Stortinget har vedtatt at konsekvensene for distriktpolitikken skal utredes som en del av beslutningsgrunnlaget når Stortinget skal avgjøre om politikken på viktige samfunnsområder skal legges om.

Hva vil Regjeringen gjøre for å vise de samlede konsekvensene av de nevnte forslag?»

Odd Roger Enoksen (Sp): Statsminister Jens Stoltenberg varslet allerede i Regjeringens tiltredelseserklæring for et år siden at modernisering og fornyelse av offentlig sektor ville være et av Regjeringens viktigste prosjekt. I sin tale til landsmøtet i Arbeiderpartiet den 10. november i fjor høst sa statsministeren at sosialdemokratisk lederskap betyr å rydde opp, og tilføyde at det har det norske folk krav på. Av statsministeren ble fornyelse definert som flere og bedre tjenester, enklere regler, mindre administrasjon, og at tjenestene er der når vi trenger dem. Alt dette er godt sagt og gode intensjoner i forhold til den modernisering som Regjeringen mener det er nødvendig å gjennomføre. Regjeringen vil også ta sikte på å bli husket for å ha modernisert Norge.

Mange lokalsamfunn vil komme til å bli berørt av den moderniseringen som Regjeringen legger opp til, i form av tapte arbeidsplasser når statlige etater som Forsvaret, helsevesen, post, tele, politi, by- og herredsrett skal reformeres. Vi vet ennå ikke hva Regjeringen tenker å gjøre i forhold til kommunene og fylkeskommunene. Men det vi vet, er at man bl.a. har til hensikt å avvikle tapskompensasjonen for kommunene, noe som vil bety at spesielt mange småkommuner vil få trangere økonomiske rammer. Det vil selvsagt også ha stor betydning for utviklingen i kommunesektoren.

Vi vet også at mange av de samme kommunene som nå blir berørt av omleggingen av statlige virksomheter, også blir berørt av strukturendringer i næringslivet – strukturendringer som går svært fort. Vi ser at omstilling og fusjoner innenfor bank- og finansverdenen fører til at avdelingskontorer forsvinner, ansatte mister sine jobber og må flytte eller finne annen virksomhet å knytte seg til.

Vi ser at innenfor oppdrett har vi hatt omfattende fusjoner med langt færre og større enheter enn det vi har hatt tidligere. Det fører til at både ledelsesfunksjoner, markedsfunksjoner, forskning og merkantile funksjoner blir sentralisert og forsvinner fra mange lokalsamfunn. Fiskeriministeren har lagt opp til at det skal innføres enhetskvoter innenfor fiskerinæringen, og han hevdet i media i Nord-Norge i forrige uke at vi har for mange indus-

tribedrifter, og at det er nødvendig å få til en restrukturering også av fiskerinæringen med tanke på å få færre enheter. Når man samtidig legger opp til at man skal ha enhetskvoter i kystflåten, får man altså både større fartøy og færre industribedrifter, noe som igjen vil føre til at mange lokalsamfunn blir rammet av mangel på råstoffleveranser, og man vil da også oppleve der at man vil få avskalling av arbeidsplasser.

Vi ser kraftige strukturendringer innenfor landbruk og næringsmiddelindustri, som har gått over mange år. Vi ser i tillegg en sterk maktkonsentrasjon innenfor handel som både fører til at nærbutikker forsvinner og at små lokale leverandører og industribedrifter ikke når opp i konkurransen med de store kjedene og dermed heller ikke har et marked å levere til.

Endringene i privat næringsliv er ikke i hovedsak et tema for denne interpellasjonen og er da heller ikke berørt av det vedtaket som Stortinget gjorde i 1995, men hører med i et helhetsbilde fordi det berører mange lokalsamfunn. Og endringer i privat næringsliv kan i aller høyeste grad påvirkes av oss politikere gjennom de rammebetingelser som vi legger i forhold til skattepolitikk, konsesjonsvilkår, hva slags landbruk vi vil ha i fremtiden, for å ta noen eksempler.

Men Regjeringens prosjekt om modernisering av offentlig sektor vil føre til at vi får større enheter, vi får større stat, vi får mindre folkestyre, vi får mer sentralisering, og på sikt tror jeg at vi kommer til å få mer privatisering. Og det er her de statlige myndighetene har et særlig ansvar for å ta tak i den utviklingen vi nå ser. Det distriktsopprøret vi nå opplever i Finnmark og i andre deler av landet, er ikke syting fra folk som føler at staten bidrar med for lite subsidier, men det er mennesker som er oppgitt, som føler at livsgrunnlaget forsvinner. Det er mennesker som har investert i bolig, hvor man ser at verdier blir borte, det er mennesker som har investert i bedrifter, hvor markedet forsvinner, og hvor dermed verdiene av de investeringene man har gjort over lang tid, blir borte. Og det er summen av de endringene vi ser her, som er viktige og ofte katastrofale for mange lokalsamfunn.

I 1995 gjorde Stortinget følgende vedtak:

«Stortinget ber Regjeringen fastlegge rutiner som sikrer at konsekvensene for distriktpolitikken blir utredet som en del av beslutningsgrunnlaget, når Stortinget skal avgjøre om politikken på viktige samfunnsområder skal legges om.»

Dette vedtaket ble gjort mot Arbeiderpartiets stemmer, men ikke desto mindre forplikter selvsagt det vedtaket Regjeringen i forhold til å følge opp når man har store omstillingsprosjekter på gang, sånn som vi nå ser på en rekke områder – og ikke minst i en sammenheng hvor disse omstillingene og den moderniseringen som Regjeringen har gjort til sin hovedoppgave, gjøres samtidig på veldig mange områder.

Mange kommuner og lokalsamfunn har bygd opp en betydelig infrastruktur for å støtte opp om den statlige virksomheten som fins i kommunen. Dette gjelder i særlig grad i forhold til Forsvaret, som ofte representerer

mange arbeidsplasser i små lokalsamfunn, men det gjelder også i forhold til annen stor statlig virksomhet. Det er bygd opp en infrastruktur rundt skoler, barnehager, musikkskoler, helsetjenester, for å betjene et befolkningsgrunnlag som ofte har utgangspunkt i et betydelig antall statlige arbeidsplasser. Og det er helt opplagt at den omstillingen det nå legges opp til, vil få alvorlige konsekvenser for disse kommunene.

Jeg vil derfor i denne omgang ikke først og fremst diskutere fornuften i det moderniseringsprosjektet som Regjeringen har satt i gang, men den måten man håndterer det på, og håndteringen av Stortingets vedtak fra 1995, hvor det klart sies at det skal gjøres konsekvensutredning. Dersom man først ser det som nødvendig å foreta omstilling i det omfang som Regjeringen har lagt til grunn, så fins det også muligheter til å kompensere for tap av arbeidsplasser gjennom aktiv deltakelse i omstillingsarbeidet, gjennom desentralisering av statlige arbeidsoppgaver, slik som sentrumsregjeringen fikk utredet i sin tid gjennom en rapport som ble ferdigstilt i Arbeids- og administrasjonsdepartementet i februar 2000, hvor det framgår at et betydelig antall statlige arbeidsplasser kan desentraliseres ved hjelp av moderne teknologi og legges til områder som taper arbeidsplasser som følge av statlig omstilling. Det arbeidet bør gjøres uansett.

Mitt spørsmål til statsministeren blir da til slutt: Hva vil Regjeringen gjøre for å vise de samlede konsekvensene av de nevnte forslag som Regjeringen nå jobber med?

Statsminister Jens Stoltenberg: Norge har mer enn noe annet land i vår del av verden ført en målrettet politikk for å sikre bosetting og sysselsetting i hele landet. Vi skiller oss fra andre land både når det gjelder bosettingsmønster og når det gjelder likeverdighet i levekår over hele landet. Likevel har vi store utfordringer i distriktspolitikken. Utflyttingen fra distriktene har vært forholdsvis stabil i flere tiår. Hovedutfordringen i dag ligger i lavere fødselstall i mange distriktskommuner, bl.a. på grunn av manglende eller redusert tilbakeflytting til utkantkommuner.

Mønsteret har vært det samme gjennom flere tiår. Flyttingen har økt i økonomiske oppgangstider og gått tilbake i økonomiske nedgangstider. Men på grunn av viljen til å bruke sterke politiske virkemidler har ikke utviklingen i Norge hatt samme konsekvenser for bosettingsmønsteret som i mange andre land.

Regjeringens mål er å opprettholde hovedtrekkene i bosettingsmønsteret og sikre likeverdige levekår for alle. Det er en ambisiøs målsetting, men den er riktig fordi det handler om viktige verdier når det gjelder utviklingen i Norge. Det handler om å legge til rette for at vi kan ha gode lokalsamfunn i hele landet. Og det handler ikke minst om at distriktene har mye å bidra med til resten av landet, og at et spredt bosettingsmønster gir oss et mer mangfoldig samfunn – et rikere Norge.

Skal vi nå målet, må vi være villige til å bruke politiske virkemidler og drive politisk styring. Det gjør vi i dag, og det akter vi å fortsette med.

Samtidig er ikke Norge frikoblet fra hva som skjer i verden omkring oss, og heller ikke fra den teknologiske utviklingen og utviklingen i folks ønsker når det gjelder valg av bosted og yrke. Like lite som vi kan bestemme politisk hva slags folketall vi skal ha i hver enkelt kommune, kan vi bestemme politisk hvor folk skal bo og jobbe. Vi kan heller ikke tvinge fram investeringer som bedriftene selv ikke ønsker å gjennomføre. Distriktspolitikken må bygge på de store ressursene, det pågangsmotet og den skaperevnen som finnes i distriktene. Vår oppgave er å gjøre det mulig å bo og jobbe i distriktene, slik at folk selv kan gjøre det valget. Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor betyr omlegginger i mange virksomheter. Vi ønsker å forbedre det offentlige tilbudet etter hvert som kravene til tjenesteyting øker. Vi vil vri ressursene fra administrasjon til tjenesteproduksjon. Vi vil vekk fra sentralstyring og over til økt lokalt selvstyre. Og vi vil vri innsatsen fra områder med synkende behov til områder med økende behov.

Dette kan være krevende og til dels smertefulle omstillinger, men det er likevel god distriktspolitikk. Gode, tilgjengelige offentlige tjenester er avgjørende for bosetting og sysselsetting i Utkant-Norge. Dersom vi ikke greier å bruke arbeidskraften riktig, viser det seg ofte at det særlig er i utkantene vi ser at folk blir rammet av mangel på nøkkelpersonell som helsepersonell, lærere og andre viktige yrkesgrupper. Lærermangel, legemangel og sykepleiermangel er ikke minst noe som rammer Distrikts-Norge. Derfor vil fornyelsespolitikken og distriktspolitikken være tett samkjørt.

La meg gi noen eksempler:

- Politireformen innebærer at vi halverer antallet politidistrikter. Dermed kan vi få nær 500 flere politifolk ut av kontorene og inn i aktivt politiarbeid. Det blir mindre byråkrati og mer politi. Det blir ikke færre politistillinger i distriktene, men flere politifolk i bygd og by.
- Regjeringen vil foreslå statlig overtakelse av sykehuse, fordi vi vil motvirke forskjeller i helsetilbudet her i landet og hindre et todelt helsevesen. En slik todeling av helsevesenet vil lett bety at helsetilbudet øker der markedet er størst, i sentrale strøk, og svekkes i utkantene. Sykehusreformen betyr et sterkere offentlig helsevesen, noe ikke minst Distrikts-Norge er tjent med.
- Forsvarsreformen er en reform for et sterkere og mer slagkraftig norsk forsvar. Det blir omstillinger i enkelte kommuner. Det skal vi møte med et eget omstillingsprogram til 250 mill. kr. Vi samler ressursene i Forsvaret. Vi nesten halverer antallet arbeidsplasser ved Forsvarets sentrale ledelse i Oslo, mens f.eks. Åmot med Rena leir og Elverum får vekst i antall forsvarsarbeidsplasser. Samlet innebærer forsvarsreformen større personellreduksjoner i Oslo enn i hele Nord-Norge til sammen.
- Også kommunene må fornyes. Også er her parolen: ut av kontorene, flere tjenester som folk trenger, mindre byråkrati og administrasjon. Derfor vil vi legge

opp til at kommunene skal få økt selvstyre og mindre detaljstyring fra Oslo.

- Offentlig sektor skal bli mer tilgjengelig. Målet er offentlige servicekontorer i alle landets kommuner innen utgangen av 2003.
- Mange av tjenestene kan i dag leveres døgnet rundt ved hjelp av informasjonsteknologi. Bruk av IT gjør at geografisk avstand betyr mindre. Det tjener distriktene på. Det har vært store omstillinger i telesektoren, som representanten Enoksen nevnte, men det har gjort at Norge er blant de landene som har mest bruk av Internett og størst tetthet av datamaskiner og mobiltelefoner. Og kostnadene går ned. I 1990 kostet en telefonsamtale på 10 minutter mellom Hammerfest og Oslo mer enn 22 kr. I dag koster den mindre enn 3 kr. Det er viktig for Distrikts-Norge at telesektoren er omstilt. Finnmark var f.eks. det første norske fylket som fikk en fulldigitalisert teleinfrastruktur. Nå jobber vi med å legge til rette for utvikling av bredbåndstjenester i hele landet, noe som vil gjøre enda flere tjenester tilgjengelig, og som Distrikts-Norge tjener på. Derfor må vi fornye og bygge ut telesektoren i Norge.

Likevel kan vi ikke se bort fra at i enkelte kommuner kan summen av endringene bli store og ha negative konsekvenser. Men svaret kan ikke være å unnlate å gjennomføre nødvendige omstillinger i offentlig sektor. Svaret må være å møte utviklingen med aktive tiltak:

- Regjeringen vil starte et program for å flytte oppgaver ut fra sentralforvaltningen i Oslo. Regjeringen har fått til tre viktige utflyttinger i løpet av sitt første år: Kystdirektoratet skal flyttes til Ålesund, Produkt- og Elektrisitetsstilsynet skal flyttes ut av Oslo til Tønsberg og Domstolsforvaltningen til Trondheim. Regjeringen har besluttet at heretter skal ny statlig virksomhet normalt lokaliseres utenfor Oslo. Unntak fra dette må begrunnes særskilt. Det er nå fastsatt konkrete retningslinjer for dette som skal vedtas med kongelig resolusjon, og det vil bli fulgt opp aktivt fra Regjeringens side.
- Vi vil gå inn for at kommuner som får betydelig samlet nedgang i antall arbeidsplasser, vil kunne gis ekstraordinær bistand til nyskaping og omstilling. Tidligere var dette avgrenset til steder hvor hjørnesteinsbedrifter ble lagt ned. Kommunalministeren er i drøftinger om Vadsøs situasjon ut fra slike problemer, og Vardø har fått støtte ut fra en lignende begrunnelse.

Kampen for å sikre trygg norsk matproduksjon er også en kamp for landbruket i distriktene. Her fører vi en aktiv politikk. Vi må legge opp til at bonden har et solid inntektsgrunnlag, samtidig som vi gjennom konsesjonspolitikken sikrer at bosettingen kan opprettholdes også uten gårdsdrift. I tillegg til dette har vi lagt fram et verdiskapingsprogram sammen med landbruksnæringen, med tiltak som både gagnar norsk matproduksjon generelt og distriktslandbruket spesielt.

Fiskeri- og havbruksnæringen er en av våre mest internasjonale næringer der hele 95 pst. av produksjonen

går til markeder utenfor Norge. God fiskeri- og havbrukspolitikk er også god distriktspolitikk.

Vi vil ta hele kysten i bruk. Ved tildeling av nye konsesjoner for lakse- og ørretoppdrett vil et av hovedkriteriene være å få til ny virksomhet i områder som er lite utnyttet til havbruksformål, men som har et stort potensial. For å sikre et mangfoldig eierskap til oppdrettskonsesjoner har fiskeriministeren nylig vedtatt regler om eierbegrensning innen lakse- og ørretoppdrett. I trålflåten er det knyttet ulike bindinger i form av leveringsbetingelser til de fleste av de fartøyene som eies av fiskeindustrien. Slike bindinger må opprettholdes også ved industrielle eierskifter. Ved Norway Seafoods' kjøp av andeler i Findustrålerne i Hammerfest ble fartøyene pålagt leveringsbetingelser som sikrer at fartøyene skal levere til anlegg i Hammerfest. Dette er med på å sikre arbeidsplasser og investeringer når Norway Seafoods nå bygger ny fabrikk.

By og land er gjensidig avhengig av hverandre. Vi vil satse videre på eksisterende næringsliv og fremme etablering av nye bedrifter i distriktene. Ved å ta hele landet i bruk kan vi sikre tilgang på råvarer og utvikle nye produkter.

Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor er forankret i Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Det er kommunalministeren som har ansvaret for å sikre kommunenes og distriktenes interesser i forhold til hvert enkelt program og i forhold til den samlede fornyelsen. Fornyelse av offentlig sektor betyr sterkere distrikter og et bedre offentlig tjenestetilbud.

Odd Roger Enoksen (Sp): Det er helt riktig at vi selvsagt ikke kan bestemme hvor folk skal bo, men vi kan legge til rette for at folk skal kunne bo der de ønsker å bo. Undersøkelser som er gjort bl.a. mens undertegnede var kommunalminister, viser at et stort antall mennesker, faktisk flertallet av befolkningen, kan tenke seg å bo i Distrikts-Norge og på landsbygda dersom det blir lagt til rette for at man skal kunne ha sitt arbeidssted der, bl.a. ved hjelp av moderne teknologi. Statsministeren nevner tiltak på en rekke områder som etter statsministerens oppfatning viser at Regjeringen i sum fører en god distriktspolitikk. Det er med respekt å melde ikke den oppfatning folk rundt omkring i det ganske land har av det som nå skjer fra Regjeringens side.

Statsministeren har nevnt en rekke eksempler, og jeg skal ta opp noen av dem, for jeg registrerer at i forhold til de konsekvensutredningene som Stortinget har fastlagt gjennom sitt vedtak i 1995, har ikke statsministeren nevnt konsekvensvurderingen for lokalsamfunn og enkeltsamfunn som i stor grad blir berørt av statlige omstillingsvedtak.

For det første er de eierbegrensningene som fiskeriministeren og Regjeringen har lagt til rette for innenfor havbruk, av en slik karakter at de i sum vil føre til at landets største oppdrettsanlegg faktisk kan bli dobbelt så stort som Nutreco – det største oppdrettsanlegget vi har – er i dag, med en utvidelse av konsesjoner i framtiden. Det gir en begrensning som ikke vil ha praktisk betydning, og når man da i tillegg ser at mens sentrumsregjeringen

foreslo at retildeling i Finnmark og Troms skulle skje til eiere som hadde én eller to konsesjoner fra før, og skje til de minste, så stemte altså et flertall i Stortinget, med Arbeiderpartiets stemmer, ned det forslaget, og sa at alle skulle behandles likt, også de store. Resultatet av det ble selvsagt at de store eierne fikk enda større makt innenfor oppdrettsnæringen. Det er jo en utvikling som lokalsamfunn ikke er tjent med.

Det samme ser vi i forhold til landbruk. Selv om statsministeren nå hevder at vi skal legge til rette for et småskalalandbruk og et desentralisert landbruk, så har landbrukspolitikken i Arbeiderpartiets siste regjeringssperiode fra Gunhild Øyangen ble landbruksminister ført til stadig større bruk og stadig færre bruk. Jeg ser nå at det er flere av Arbeiderpartiets folk som har en annen retorikk, og som hevder at det ikke skal skje i framtiden. Men det gjenstår å se.

Jeg er glad for at Arbeiderpartiet har fulgt opp det arbeidet som ble igangsatt fra sentrumsregjeringens side, både med hensyn til utflytting av statlige oppgaver og med hensyn til det lokaliseringsvedtak som også lå til grunn for sentrumsregjeringens arbeid om at statlig virksomhet skal lokaliseres utenfor Oslo. Det er et helt nødvendig vedtak å få gjennomført. Men det er altså ikke slik at 500 politifolk automatisk vil komme ut i gatene ved at det blir færre politidistrikt. Det er nemlig også en del etterforskningsarbeid som skal gjøres, og som krever en del politifolk i administrative stillinger. De lokalsamfunn som blir berørt av at politietaten forsvinner, mister altså en del arbeidsplasser, noe som kan få drastiske konsekvenser for enkeltsamfunn, på samme måte som når Forsvaret legger ned sin virksomhet. Det er i grunnen også de utredningene og de konsekvensvurderingene som jeg har spurt om, og som jeg så langt ikke har fått svar på.

Statsminister Jens Stoltenberg: Det er riktig at Stortinget fattet vedtak i 1995. Siden den gang har Senterpartiet sittet i regjeringkontorene i to og et halvt år, og de la så vidt jeg vet, ikke fram noe mer omfattende konsekvensutredning av omstilling av offentlig sektor enn det denne regjeringen praktiserer.

Det vi f.eks. gjorde da vi la fram forsvarsreformen, var at vi redegjorde for virkningene i de enkelte kommuner, og vi satte av 250 mill. kr til omstilling i de kommunene som rammes. Og da vi la fram domstolsreformen og politireformen, redegjorde vi også for virkningene i de enkelte kommunene. Det vil også være en samlet framstilling i regionalmeldingen, som kommunalministeren legger fram om kort tid. I den grad representanten Enoksen mener at det skulle ha vært noe mer omfattende konsekvensutredninger, hadde han altså hatt god anledning til å utarbeide dem da han selv var kommunalminister. Han reduserte f.eks. kraftig antall postkontorer her i landet og foretok også andre typer omstillinger i offentlig sektor.

Hovedpoenget er at det er for mye administrasjon og for lite tjenesteproduksjon i offentlig sektor. Antall ansatte i norske kommuner har økt med 37 personer hver

eneste dag i ti år. Det er 150 000 flere ansatte i norske kommuner i dag enn for ti år siden, og det har vært økning i praktisk talt hver eneste kommune. Det er bra, for det betyr flere lærere, flere sykepleiere, flere politifolk og flere andre viktige offentlig ansatte i stat, fylke og kommune. Men det er også et problem at vi på tross av det har legemangel. Norge er det landet i verden med flest leger i forhold til innbyggertall. Likevel har vi legemangel. Vi er det landet i verden som har de høyeste utgifter pr. elev og flest lærere i forhold til elevtall. Likevel har vi lærermangel. Da sier vi at i tillegg til å bevilge mer penger, må vi også organisere disse virksomhetene bedre. Det er jo et paradoks at når vi nesten halverer antall ansatte i Forsvarets overkommando, så øker forsvarsevnen. Og når vi halverer antall politidistrikter, så får vi bedre politi, mer etterforskning, mer kriminalitetsbekjempelse, men altså mindre byråkrati. Jeg godtar at det betyr omstilling på Huseby. Jeg godtar at det er krevende for noen kommuner å miste politimesteren og politidistriktet. Men jeg godtar ikke at det er galt å gjøre det, for det er helt nødvendig at vi får mer politi ut i gatene for å bekjempe kriminalitet, at flere lærere bruker mer tid på undervisning, og at flere leger bruker mer tid på å pleie pasienter. Det er simpelthen for mye administrasjon og for lite tjenesteproduksjon. Det er det vi prøver å gjøre noe med. Det kan være smertefulle omstillinger, men det er altså helt nødvendige omstillinger.

Jeg nevnte telesektoren. Jeg skjønner at det er smertefullt. Men at en telefonsamtale ikke koster 22 kr, men 3 kr, er faktisk veldig viktig for Distrikts-Norge.

Berit Brørby (A): God kommuneøkonomi er også god distriktpolitikk. Derfor økte Arbeiderpartiet kommunesektorens inntekter med 5 milliarder kr for 2001.

Arbeiderpartiet viser gjennom handling at vi satser på fellesskapsløsninger og slår ring om den offentlige velferden i hele landet. Å sette kommunene i stand til å levere basistjenester som barnehager, eldreomsorg, grunnskole og kultur er av de aller viktigste distriktpolitiske grep vi kan ta. Det vi alle ønsker, er at velferden skal være rett utenfor døren vår, uansett om vi bor i Finnmark, i en liten bygd i Midt-Norge eller i Oslofjordområdet. Vår politikk er å fjerne urettferdighet og å utjevne forskjeller i Kommune-Norge. Men for sterk sentral styring er ingen garanti for likhet i tilbudet. Tvert imot svekker en altfor sterk sentral styring muligheten til påvirkning og løsninger tilpasset det enkelte nærmiljø og individ. Ansvar og myndighet må derfor flyttes nærmere folk og ut i landet til kommuner hvor folk bor. Det er den retningen Arbeiderpartiets politikk har.

Vi har startet avviklingen av detaljstyringen av kommunesektoren og åpner for mer kommunalt selvstyre gjennom å innlemme øremerkede tilskudd tilsvarende over 1 milliard kr i kommunesektorens inntektssystem. Meg bekjent var det ingen dramatisk nedgang i øremerkingen under Senterpartiets tid i regjeringskvartalet.

Arbeiderpartiet har fått flertall for omlegginger av kommunenes inntektssystem. Interpellanten trekker ut én av flere komponenter, nemlig avviklingen av tapskom-

pensasjonen. Det er urimelig i seg selv å trekke fram én enkelt komponent i et komplisert inntektssystem. Siden vi la om inntektssystemet i 1997, har flere kommuner tapt urimelig mye på at de opprettholdt tapskompensasjonen. Den har ikke vært rettferdig og derfor ikke ønskelig å bevare. Arbeiderpartiet ønsker en jevnere inntektsfordeling mellom kommunene for å sikre et likeverdig tjenestetilbud over hele landet. Slik tror vi at vi kan motvirke sentraliseringskreftene.

Når det er sagt, er det grunn til en viss bekymring for den økonomiske situasjonen i kommunesektoren. Det tar Arbeiderpartiet ansvaret for gjennom å bevilge mer penger og flere frie midler til sektoren. Kommunenes gjeld økte under Senterpartiets tid i regjering, og en kan jo spørre seg hva Senterpartiet i posisjon gjorde for å bedre økonomien i kommunesektoren – ikke så iøynefallende mye.

Offentlig sektor står for mange arbeidsplasser i store deler av landet, og derfor er fornyelse av offentlig sektor god distriktspolitikk. Svekker vi offentlig sektor, svekker vi også tilgangen på arbeidsplasser i alle deler av landet. Arbeiderpartiet er nå i gang med å fornye offentlig sektor. Det er en stor og vanskelig utfordring, og jeg vil oppfordre representanten Enoksen til å være konstruktiv i den videre prosessen. Det er alltid lettere å være «god» i opposisjon enn i posisjon.

Presidenten: Erna Solberg er neste taler. – Presidenten beklager. Dette gikk litt kjapt. – Neste taler er Kjell Magne Bondevik, som tidligere annonsert, dernest Erna Solberg.

Dette må ikke tolkes slik at presidenten er ivrig etter å få fortgang i debatten!

Kjell Magne Bondevik (KrF): Jeg skal heller ikke tolke det slik at det er litt ubehagelig for presidenten at Kristelig Folkeparti er blitt det største opposisjonspartiet i Stortinget på grunn av spesielle omstendigheter! Jeg regner med at det ikke var det som lå bak.

Utviklingen i Distrikts-Norge gir grunn til bekymring. Vi har fått et Finnmark hvor det etter hvert kan bli et distriktsopprør, og jeg tror faktisk det ikke er helt tilfeldig at det kommer under et arbeiderpartistyre. Sentraliseringen drives fram av tunge, økonomiske krefter. Det er nødvendig at politiske myndigheter bevisst setter inn motkrefter. Da Arbeiderpartiet overtok regjeringsmakten for et år siden, så vi umiddelbart tendenser til svekkelse av distriktpolitiske virkemidler. Allerede i sin første budsjettrevisjon, revidert nasjonalbudsjett våren 2000, skar Regjeringen ned på flere distriktpolitiske budsjettposter. Regjeringen håndterte også landbruksoppgjøret i fjor vår slik at det ble brudd, etter at det hadde vært enighet mellom staten og begge bondeorganisasjonene under sentrumsregjeringen. Dette sendte negative signaler ut i Distrikts-Norge.

I distriktpolitikken framover er bl.a. følgende virkemidler viktige:

- Tiltak må rettes mot målgrupper som kvinner, ungdom og innflyttere/tilbakeflyttere til distriktene.

- Det må skje en bevisst satsing på kompetanseoppbygging i distriktene. Dette må også være førende for SNDs virksomhet.
- Rammevilkårene for næringspolitikk, så vel for primærnæringer som for industri og tjenesteytende næringer, må legges til rette slik at vi kan stimulere også mindre enheter, som så mange by- og bygdesamfunn er avhengige av.
- Moderniseringen av den offentlige tjenesteproduksjonen må styres også ut fra distriktpolitiske vurderinger.

Alt kan ikke være som før. I så måte er jeg enig med statsministeren. Men gjennom moderne IKT, servicekontorer og andre virkemidler kan sentraliseringen motvirkes. Det er etter mitt syn ikke så ofte nødvendig som mange synes å tro, at en må slå sammen små enheter til store, noe som da gjerne gir sentralisering, men vi skulle tenke mer på hvordan vi bruker de nye moderne virkemidlene, ikke minst informasjons- og kommunikasjonsteknologien, for å beholde tjenestetilbud rundt omkring i kommunene.

Det er nødvendig med modernisering både av Forsvaret og av politietaten, som statsministeren spesielt nevnte. I hvilken grad dette kommer distriktene til gode, kan imidlertid med de forslag Regjeringen har lagt fram, i høy grad diskuteres. Vi får håpe at det vil gi bedre politi og bedre forsvar. Men jeg tror også Regjeringen med fordel kunne ha tenkt mer distriktpolitiske kriterier i omorganiseringprosessen.

Erna Solberg (H): Det hender at slike debatter i Stortinget gjør at man får enkelte bilder i hodet. Og jeg må si at det var ett bilde som ble fremkalt i mitt hode da representanten Enoksen holdt sitt innlegg, nemlig bildet av Ludvig – «Det er fali, det» – den «personen» som er redd for det meste, ikke minst for forandring, og som er en del av den norske folkesjelen.

Jeg skjønner godt at representanter fra Senterpartiet kan være redd for de strukturendringene som skjer, men jeg skjønner ikke at de mener at distriktenes fremtid vil være flere ligningsfunksjonærer som ser på hver enkelt ligning, istedenfor en kvalitativ bedre ligning, flere folk i Forsvaret, med en struktur som ikke gir et bedre forsvar, men som bare er der av distriktpolitiske hensyn, eller mer administrativ styring i politivesenet. Denne typen tiltak bedrer ikke situasjonen for folk i distriktene, det gjør det heller ikke mer attraktivt å bo i Distrikts-Norge. Det som vil gjøre det mer attraktivt å bo i distriktene, er å gjøre Distrikts-Norge konkurransedyktig for de levedyktige fremtidsnæringene vi har, og for de ressursnæringene som allerede er en vesentlig del av Distrikts-Norges næringsgrunnlag. Og da dreier det seg om andre virkemidler enn å hermetisere offentlig sektor i Distrikts-Norge. Det dreier seg om å satse på skikkelige, gode rammevilkår for det private næringsliv, og om å satse på bedre samferdsel og bedre infrastruktur. Vi kommer aldri til å få et levedyktig Distrikts-Norge hvis vi skal satse på den politikken at det offentlige skal løse oppgaver vi

egentlig ikke trenger å løse lenger, bare fordi oppgavene ligger i Distrikts-Norge.

Det er heller ikke sånn at endringer i kommunenes inntektssystem, f.eks. i tapskompensasjonsordningen, nødvendigvis bare rammer Distrikts-Norge. Sannheten er jo at de som får mest penger ut av den såkalte tapskompensasjonsordningen i dag, er Oslo, Asker og Bærum – ganske store beløp. Det vi i Høyre er opptatt av, er altså å få inn i inntektssystemet andre elementer enn en kunstig kompensasjon for at kommuner tidligere har fått for mye, elementer som avspeiler de objektive kriteriene og kostnadsstrukturene som er forskjellige, og som også tar hensyn til de problemer som er i Distrikts-Norge. Vi har bl.a. tatt opp spørsmålet knyttet til fraflytting og det at man får terskelverdier, at vårt inntektssystem ikke passer i forhold til det, fordi man ved fraflytting blir sittende med mye infrastruktur som man ikke bruker, og som man ikke så lett kan tilpasse. Det er motsatsen til det å være opptatt av vekstproblematikken i andre deler av landet.

Jeg tror at istedenfor å møte fremtiden med frykten for globalisering, burde vi møte fremtiden med å stole på at vi kan skape et Norge som er konkurransedyktig. Og da kan vi altså ikke være redd for alle de endringene som vi er nødt til å gjøre for å forbedre offentlige tjenester.

Siv Jensen (Frp): Når man hører representanten Enoksen, kan man få inntrykk av at Distrikts-Norge kun vil ånde og leve ved hjelp av betydelige subsidier, en betydelig offentlig sektor og ikke minst et sterkt subsidiert norsk landbruk.

Jeg har i hvert fall erfart hver gang jeg har vært ute og snakket med bedriftsledere, med næringslivet i Distrikts-Norge og ikke minst med distriktsbefolkningen som sådan, at de – alle sammen – på ingen måte er opptatt av å få mer subsidier. De er ikke opptatt av å motta flere subsidier, mer støtte og mer hjelp. Det de alle er opptatt av, er en næringspolitikk som gjør at bedriftene i distriktene kan få beholde mer av sin verdiskaping – ja, de er opptatt av en skatte- og avgiftspolitik som gjør det mulig å overleve. Og jeg må si jeg er forundret over at Enoksen fremfører en interpellasjon om distriktspolitikk uten å nevne de kanskje aller mest sentrale virkemidlene for nettopp å holde et konkurransedyktig og levedyktig Distrikts-Norge i ånde: Hvorfor i alle dager sa ikke representanten noen verdens ting om behovet for å bygge ny infrastruktur og bedre veier for å få bedre fremkommelighet, som vil bidra til å redusere transportkostnadene for bedriftene, som produserer betydelig verdiskaping, og som er avhengig av å komme raskere til markedene? Det var overhodet ikke nevnt.

Og når man snakker om kommuneøkonomien, hvorfor tar man ikke da en visitt til selskapsskatten, som var kanskje det viktigste grunnlaget for kommunene til å skaffe seg mer skatteinntekter gjennom næringsetableringer? Det var åpenbart ikke viktig.

Jeg fikk også inntrykk av da jeg hørte på Kjell Magne Bondevik, at det ble ført en slik fantastisk vellykket distriktspolitikk under Bondevik-regjeringen, og at det skjedde et brått skifte i det øyeblikk Stoltenberg-regjerin-

gen kom til. Jeg må jo da minne om at «Et enklere Norge», som var det store satsingsprosjektet til sentrumsregjeringen, og som kanskje var en av nøklene til at også Distrikts-Norge og bedriftene der ute ville fungere bedre, bare førte til at vi fikk flere skjemaer og mer byråkrati.

Det er slik at delingsmodellen er et av de største hindrene for en rekke av de små og mellomstore bedriftene, de familieeide bedriftene rundt omkring i Distrikts-Norge. Et sentralisert lønnsdannelsessystem bidrar også til å drive kostnadene i været for bedrifter som kanskje kunne hatt et bedre levede grunnlag ved lokale lønnsdanninger. Det dreier seg om en streng konsesjonspolitikk innenfor oppdrettsnæringen, det dreier seg om en firkanter fiskeripolitikk.

Når man snakker om skaperevne i distriktene, må man la distriktene både få skape og beholde verdiene sine. Det gjør man i første rekke gjennom næringspolitikken og skatte- og avgiftspolitikken, ikke minst. Man gjør det ikke gjennom økt elavgift, gjennom å fremme forslag om konjunkturavgift, fremme forslag om økt moms, fremme forslag om å øke skatte- og avgiftsbyrden for de bedriftene som faktisk ber om to ting, nemlig et enklere Norge og et lavere skatte- og avgiftsnivå.

May Britt Vihovde (V): Venstre meiner at det er rett at offentlig forvaltning stadig fornyar seg og tar i bruk ny teknologi for å gjera oppgåvene mest mogleg rasjonelt, med færre menneske. Men føresetnaden er at ein set borgaren i sentrum og utfører tenestene sine på ein god måte. Staten er til for den einskilde, ikkje omvendt. Rasjonalisering av drift skal føra til enklare og meir effektiv service og tenesteproduksjon, ikkje dårlegare.

Venstre meiner me må sjå på moglegheitene, ikkje truslane ved den teknologiske utviklinga. Det må òg distrikta gjera. Ei av dei største utfordringane geografiske utkantar har framover, er å konkurrera om arbeidskraft, ikkje minst den velkvalifiserte og høgt utdanna. Då må samfunna gjera seg attraktive for moderne menneske med mange behov. Norske distriktssamfunn har mange føremoner i så måte og må klara å utnytta og utvikla desse.

Me vil elles peika på særleg to perspektiv i denne debatten:

For det første må me unngå at rasjonalisering i det offentlege berre skaper nye arbeidsplassar i sentrale strøk. Teknologien kan gjera det fornuftig å sentralisera ein del tekniske og administrative oppgåver, men dei kan like godt liggja i bygder som i sentrale byområde. Det må først ein aktiv politikk for å lokalisera offentlege verksemder til samfunn som treng tilførsel av arbeidsplassar, og som samstundes kan tilfredsstilla dei behov tenesta har for rekruttering og miljø.

Statsministeren nemnde flytting av Kystdirektoratet til Ålesund og sa at denne regjeringa var opptatt av at unntak måtte bli særskilt grunnleggjande dersom ein valde ikkje å flytta ut arbeidsplassar. Eg reknar med at ein held fast ved vedtaket om å flytta Luftfartsverket sitt øvings-senter til Tjeldsund for samlokalisering med brannskulen for å utnytta den kompetansen som finst der.

For det andre må samfunnet ha respekt for og ta på alvor den frustrasjonen som gjer seg gjeldande der ein nå byggjer ned aktivitet utan at andre oppgåver blir tilførte. Lokalsamfunn som mister større offentlege verksemdar, må ha storsamfunnet si merksemd og støtte til fornying og omstilling. Einskildsamfunn og einskildmenneske må ikkje sitja igjen med heile rekninga etter at staten har redusert eller lagt ned verksemd.

Venstre meiner at Noreg ikkje kan møta morgondagen med strukturkonservatisme og utviklingspessimisme. Den teknologiske utviklinga gir mange moglegheiter til større fridom og meir spennande arbeidsoppgåver. Offentlege organ kan gjera tenestene rimelegare å produsera og dermed betre for brukarane. Difor kan mange verksemdar samlast i servicetorg og på andre måtar, slik at dei same tenestene kan ystast med mindre innsats.

Statsministeren nemnde by og land hand i hand. I den samanhengen er det òg viktig å peika på at offentlege og private arbeidsplassar må vera nokolunde likeverdige og utviklast i dei same lokalsamfunna. Det gjer at ein får utnytta kompetansen og får rekruttert det personellet ein treng både til det offentlege og private. Det å utnytta den verdiskapinga og dei ressursane som finst ute i Distrikts-Noreg, er utruleg viktig. Det finst utruleg masse ressursar, verdiskaping og kompetanse.

Karin Andersen (SV): Det er noen som sier at denne debatten dreier seg om et utviklingspessimistisk eller et utviklingsoptimistisk syn. Jeg oppfatter det slik at debatten heller dreier seg om å makte å se helheten av de ulike enkeltvedtak som blir gjort, at det er det dette i hovedsak dreier seg om.

Jeg er veldig enig med statsministeren når han sier at det trengs mer politisk styring. Målsettingen for denne politiske styringen må jo da være interessant. Det er at det skal være likeverdige og gode levekår over hele landet. Likeverdige og gode levekår er et veldig bredt sammensatt begrep. Noe av utgangspunktet, slik jeg oppfatter det, da vedtaket om å få konsekvensutredninger av de distriktpolitiske virkningene av vedtak ble gjort – jeg satt ikke på Stortinget da – var nettopp at man ønsket å få fram et slikt helhetsperspektiv: Hvordan virker dette? Nå er det en veldig bit for bit-politikk – man vedtar langs sektorgrensene hver for seg, og helheten blir litt lite tydelig. Det ser vi, for plutselig slår vedtak ut ulikt over hele landet.

Jeg oppfatter at det var utgangspunktet for Stortingets vedtak den gangen. Jeg oppfatter også at verken regjeringen Bondevik eller regjeringen Stoltenberg har vært særlig interessert i å følge opp det vedtaket Stortinget gjorde. Jeg skjønner nå av debatten at hvis vi skal få slike utredninger, må Stortinget vedta det på nytt, og så får vi da håpe at kanskje nye regjeringer er villig til å følge det opp. For det er viktig å se helhet og ikke bare bit for bit. Det blir en sektorfiksert måte å diskutere politikk på og ikke en helhetsorientert måte. Arbeidet med Oppgavefordelingsutvalgets utredning ligger nå snart ferdig hos Regjeringen. Ønsket er at man i den sammenheng greier å se «helheten framfor delheten», og at de distriktpolitiske virkningene er en veldig viktig del av det.

Det er mange kommentarer en kunne hatt til den debatten som har vært ført her, men jeg har lyst til å si noe til det representanten Bondevik nevnte. Han nevnte en rekke mer eller mindre finsiktede virkemidler som han mente Stortinget bør vedta. Jeg må si at jeg er litt uenig i det. Dette dreier seg om de næringspolitiske eller distriktpolitiske virkemidlene under SND eller under Kommunaldepartementet. SVs holdning har hele tida vært at slike midler bør samles i helhetlige potter og gis til kommuner og fylker – eller om det blir hetende regioner etter hvert – slik at de ut fra egne behov og lokale forutsetninger kan rette virkemidlene inn mot det de ønsker. Da vil vi få de riktige virkemidlene, og vi vil få de distriktpolitiske virkningene av dem som distriktene sjøl er mest opptatt av.

Dag Terje Andersen (A): Jeg merket meg at interpellanten uttalte seg generelt positivt til modernisering av offentlig sektor, men hadde mange betenkeligheter når det kommer til at det konkret skal gjøres. Slik sett kjenner vi igjen Senterpartiet fra forrige gang de var i opposisjon. Det å tilby folk ingen endring ser ut til å være ideen til Senterpartiet, slik det var forrige gang vi var i regjeringssjøsposisjon.

I løpet av 1990-tallet fikk vi huden full av kjeft – hvis en kan si det slik på parlamentarisk språk, president – for endringene i landbrukspolitikken. Gunhild Øyangen, daværende landbruksminister, moderniserte landbrukspolitikken. Et viktig grep i den sammenheng var, slik de innvidde vet, korn- og kraftfôrpolitikken – det var stor strid om den. Den var Senterpartiet veldig imot, og vi fikk mye kjeft. Den ble ikke forandret noe på da Senterpartiet kom i regjering. Da ble det som vi hadde fått kjeft for, videreført. Det samme gjaldt i fiskeripolitikken og for så vidt også i industripolitikken. Vi kan vise til gode eksempler, Kirkenes og Mo i Rana, der offensive lokalpolitikere og – ikke tilfeldig kanskje – arbeiderpartiordførere har gått i spissen for omstillingsprosesser som har gitt trygghet i de samfunnene for morgendagens næringsliv. Men det har vært mye bråk når omstillingen har skjedd. Rena var et eksempel på det. Senterpartiets ordfører krevde at Arbeiderpartiets regjering måtte gjøre noe. Arbeiderpartiets regjering gjorde noe og berget Rena, men da Senterpartiet kom i regjeringkontorene, viste det seg at det ikke var mulig for dem å berge Rena Kartan – angivelig på grunn av et EØS-regelverk som ikke var forandret i forhold til den gangen vi i den forrige regjering berget Rena.

Utgangspunktet mitt er at omstilling er vanskelig, og jeg tror kanskje at det av hensyn til trygghet i omstillingsprosesser hadde vært av verdi om det var noe større sammenheng mellom det en sier om slike prosesser i opposisjon, og det en gjør i posisjon. For det er ingen tvil om at på disse områdene er det ingen som har lovet så mye og holdt så lite som den sentrumsregjeringen som representanten Enoksen var en del av. Jeg har registrert at representanten Enoksen nå har vært i Nord-Norge og forklart hvorfor det var umulig å få til en annen distriktpolitikk for Senterpartiet da de satt i regjering. Da blir spørsmålet

mitt: Er det Kristelig Folkeparti og Venstre som er så aldeles håpløse i distriktpolitikken at det selv med Senterpartiet i regjering er umulig å få til brukbar distriktpolitikk?

Presidenten: Dag Terje Andersen var noe i tvil om parlamentariske uttrykk. Presidenten mener at de uttrykk Dag Terje Andersen brukte, kan passere, i og med at «kjøft» i parlamentarisk sammenheng sjelden trenger dypere enn huden.

Rigmor Kofoed-Larsen (KrF): Et av de virkelig store problemene i mange distriktskommuner er mangel på kompetansearbeidsplasser. Det er et stadig tilbakevendende spørsmål i møte med politisk ledelse når jeg er rundt på kommunebesøk. Hvor blir det av ungdommen? De med utdanning blir borte, hvordan få dem tilbake? Eller: Hva er meningen med den sentraliseringen av statlige arbeidsplasser som pågår – bedriftsøkonomi eller samfunnsøkonomi?

Kristelig Folkeparti ønsker levende distrikter hvor folk trives, med gode bo- og arbeidsmuligheter. Det betyr behov for interessante og utfordrende arbeidsplasser både for kvinner og menn. Da blir det interessant for ungdom å flytte tilbake etter endt utdanning og enklere for andre å bosette seg. For å kunne velge hvor en skal jobbe, som statsministeren sa i sitt innlegg, kreves det ulike arbeidsplasser med ulik kompetanse, slik at man har reelt valg. Det er nødvendig også for å heve utdanningsnivået for noen av våre distriktsfylker. Slik en del av forslagene fra Regjeringen om omorganisering av offentlige etater er lagt fram, fjernes viktige kompetansearbeidsplasser fra distriktene som de virkelig trenger, og samlokalisering, omstilling og effektivitet bør i særdeleshet konsekvensutredes, slik at man ser ringvirkninger og reell betydning for lokalsamfunn som blir berørt. Også landbruk og annen primærnærings trenger andre arbeidsplasser i nærheten for å sikre den gode utviklingen vi vil ha over hele landet.

For noen år siden skulle teknologien redde distriktene. Alt arbeidet skulle man kunne utføre hjemmefra med datamaskin/PC, og det var det samme hvor man satt og arbeidet. Resultatet så langt er vel ikke slik, men nå er det viktig framover at bredbåndsatsingen blir slik at næringsliv og offentlig virksomhet over hele landet kan nytte den stadige utviklingen av ny teknologi, og at næringslivet også blir konkurransedyktig utenfor sentrale strøk. Det betyr faktisk kompetanse også ut i distriktene.

Nasjonal transportplan, som vi nettopp har behandlet i Stortinget, hadde fra Regjeringens side en sterk fokusering på ressursene til sentrale strøk. For Kristelig Folkeparti var det i behandlingen av denne saken viktig å få til en bedre satsing på distriktene, bl.a. ved økt veisatsing – nettopp i distriktene – og styrking av fergetilbud.

Å bruke politiske virkemidler, som statsministeren sa, er faktisk viktig. Trygghet for framkommelighet er viktig både for bosetting og næringsliv. God samferdselspolitikk er også viktig, både for å beholde og for å utvikle nye arbeidsplasser i Distrikts-Norge.

Oddbjørg Ausdal Starrfelt (A): Målet med offentlige arbeidsplasser er f.eks. trygge oppvekstvilkår. Midlet er bl.a. politi i gatene og for den saks skuld eit godt fungerande forsvar. Men når eg høyrer på representanten Enoksen, høyrst det ut som om arbeidsplassane er målet, ikkje midlet. Meiner representanten Enoksen at distrikta skal haldast oppe ved at ein held fram med urasjonelle og fagleg svake einingar, f.eks. små dommarembete eller likningskontor? Eller ser representanten det på same måten som Arbeidarpartiet, at dette ikkje tener distrikta, og at alternativet med meir solide einingar som frigjer hender til andre oppgåver, ikkje bare er betre for landet, men òg for distrikta? Meiner Senterpartiet og representanten Enoksen at me skal bruka 400 stillingar i politiet til kontorarbeid i staden for i gatene? Ser Senterpartiet i tilfelle at det kan skada distrikta meir enn det motsette? Det er jo bl.a. i distrikta desse politifolka skal arbeida.

Eg opplever det slik at Senterpartiet vil løyva meir til det meste og til den strukturen me har no, og ikkje tar på seg den heilt naudsynte oppgåva det er å etablere fagleg gode einingar og vri innsatsen frå administrasjon til tenesteproduksjon. Senterpartiet sitt alternativ må verta eit sprekkalternativ, anten ved at det vert for dyrt og går mot si eiga krise, eller ved at det vert for dårleg, slik at private løysingar, som korkje Senterpartiet eller Arbeidarpartiet ynskjer, kan verta eit attraktivt alternativ for krevjande og velståande brukarar.

Eg vil invitera Senterpartiet med på eit heilt anna lag i denne samanhengen, ut frå fellesmålet om å halda oppe busetjinga i landet og leggja til rette for at folk skal ha eit godt tilbod i distrikta. Det skal vera eit lag som satsar på døgnopen forvaltning – eit strålande tiltak for folk som bur i distrikta – eit lag som satsar på offentlege servicekontor – eit tiltak som har vist seg å vera veldig godt f.eks. i Noregs minste kommune, Utsira – og eit lag som vil vri innsatsen frå administrasjon til tenester i distrikta. Dei politifolka som vert frigjorde frå administrasjon, skal arbeida i distrikta og ikkje sendast til Oslo. Dei som vert overflødige i likningsetaten, skal anten flytta til likningskontoret i nabokommunen eller få tilbod om å omskolera seg til andre yrke der det er stigande behov.

Det har vore nokre eksempel på plassar som har vorte ramma hardt fordi fleire offentlege arbeidsplassar vart lagde ned nokså samtidig. Det vil Arbeidarpartiet takla på to måtar, slik statsministeren sa, ved at fleire statlege arbeidsplassar skal flyttast ut frå Oslo, og ved å gje støtte til etablering av nye arbeidsplassar på desse stadene. Og så er det slik at når me no treng 70 000–100 000 nye hender i offentlig sektor, er det naudsynt å frigje nokre av dei hendene frå andre yrke. Desse nye offentlege stillingane, i barnehagar eller institusjonar i helsetenesta, vil vera i heile Kommune-Noreg og altså i stor grad i distrikta. Forskjellen vil vera at ein i mindre grad vil arbeida med papir og i større grad med folk.

Ivar Kristiansen (H): Interpellanten ber i realiteten Regjeringen, med henvisning til omorganisering av ligningsetat, politietat, by- og herredsrett og for så vidt også Forsvaret, om å vise de samlede konsekvensene av de

omstillingstiltak som foreslås. Han viser også til at disse tiltakene kan få dramatiske konsekvenser for mange lokalsamfunn og distriktskommuner i Norge. Faktum er at situasjonen i svært mange distriktskommuner allerede for lengst er blitt dramatisk. Jeg har derfor sjelden sett en mer passiv tilnærming til et problem som bare akselererer mer og mer i negativ retning, og som heldigvis begynner å få nasjonal oppmerksomhet.

Man kunne jo tillate seg å stille et kontrapørsmål: Hva vil være konsekvensen hvis man ikke tar sikte på å gjennomgå og jobbe for en omorganisering, omstrukturering og modernisering? Vi ser hver bidige dag i dette land eksempler på at vi har utsatt nødvendig modernisering av offentlig sektor. Og når svaret på et alvorlig spørsmål er flere offentlig ansatte ute i Distrikts-Norge, er jeg redd for at denne typen politikk under vignetten «mer politisk styring» allerede i altfor stor grad har bidratt til å avfolke Distrikts-Norge.

Vi har i denne nasjonen økt antall offentlig sysselsatte med 60 pst. Vi ligger suverent på topp i økning av offentlig sysselsatte i hele Europa. Denne utviklingen kan ikke fortsette. Vi har avfolket fiskerikommunene i dette landet med mellom 25 og 30 pst. i den samme perioden, fra 1970 og fram til i dag. Og da er man nødt til å stille seg selv spørsmålet: Hvor ligger de politiske løsningene? Senterpartiet må jo stille seg selv spørsmålet – etter å ha vært med og hatt en hånd på rattet, og skaffet flertall for budsjettutviklingen de siste ti år – om man ikke skal ta sikte på å navigere i annen retning. Man går til et systematisk frontalangrep på konkurranseutsatt sektor – den sektoren som er stabiliteten og ryggraden for utviklingen i Distrikts-Norge. Statsministeren henviste til at 95 pst. av produksjonen innenfor fiskeriene går til det utenlandske markedet. Jeg skjønner godt at både statsministeren og interpellanten behendig nok unngår å henvise til markedssituasjonen, EU-medlemskap og EØS-tilknytning. EØS-avtalen vil Senterpartiet avvikle, og Arbeiderpartiet vil helst ikke snakke om markedssituasjonen – i hvert fall ikke før valget. Men det er nærmest blitt slik at det eneste vi i dag kan eksportere tollfritt til EU, er tusener av arbeidsplasser i fiskeforedlingsindustrien, arbeidsplasser som vi mer enn gjerne skulle hatt i Distrikts-Norge. Det hadde vært et konstruktivt bidrag til utvikling, i hvert fall i større grad enn å henvise til utviklingen av likningskontrakter og rettssystemer.

Odd Roger Enoksen (Sp): Til det siste innlegget: Situasjonen er faktisk den at endringer i eierskap i f.eks. oppdrettsnæringen er og vil komme til å være en langt viktigere årsak til at arbeidsplasser innenfor foredling forsvinner, enn adgang til markedene.

Det er ikke slik at det er Kristelig Folkeparti og Venstre som har blokkert mulighetene til å føre en bedre distriktspolitikk. Jeg var på besøk i Finnmark og forklarte både hva vi har gjort i forhold til distriktspolitiske tiltak, hva vi ikke har fått gjort i forhold til de målsettingene vi selv hadde satt oss, og hva vi akter å gjøre i tiden framover. Jeg har aldri sagt og kommer aldri til å si at alt Senterpartiet har gjort og fått gjennomslag for, er perfekt i for-

hold til distriktspolitiske virkninger. Vi har heller ikke klart å nå fram i forhold til forbedringer i kommuneøkonomi og til mer fristilling av kommunesektoren, som jeg mener er helt nødvendig. Vi har ikke nådd våre mål på det området. Det er jeg ærlig nok til å innrømme. Det innrømmet jeg mens jeg var statsråd. Det innrømmer jeg også når jeg er i opposisjon. Jeg tror faktisk at noen andre også kunne stå seg på å innrømme at man av og til ikke helt har klart å nå fram med de målsettinger man har satt seg. Jeg tror ikke at Distrikts-Norge opprettholdes av offentlig virksomhet. Jeg har reist så pass mye rundt omkring i dette landet at jeg har sett det. Jeg har møtt bedriftsledere som er engasjert, og møtt arbeidstakere som er engasjert – og som har framtidstro.

Det er selvsagt mange sider ved distriktspolitikken som vi kunne ha berørt i en interpellasjonsdebatt, men nå skal vi om få dager få en stortingsmelding om distriktspolitikk. Min interpellasjon var rettet mot ett tema, manglende konsekvensanalyser av det Regjeringen nå gjennomfører. Jeg har ikke fått svar i forhold til det som spørsmålet var rettet mot.

Jeg bor selv i et lokalsamfunn som mer eller mindre over natten mistet 300 arbeidsplasser på slutten av 1980-tallet/begynnelsen av 1990-tallet i forbindelse med den forrige store omstillingsprosessen i Forsvaret. Et lokalsamfunn med 6 000 mennesker som mister 300 arbeidsplasser, tilsvarer faktisk 25 000 arbeidsplasser i Oslo. Det sier seg selv at den type tap av arbeidsplasser får konsekvenser for et lokalsamfunn. Jeg kan ikke forstå at det skal være vanskelig å erkjenne at slik er det faktisk, og at det både skaper problemer for dem som har bygd hus, og skaper frykt for de investeringer man har gjort innenfor næringslivet i forhold til boliger eller hva det måtte være. Ingen som har vært på Andøya en tur og sett boligprisene, eller har hørt om problemene med å få omsatt boliger i et område hvor man har så sterk fraflytting at botnen er gått ut av boligmarkedet, behøver være i tvil om konsekvensene.

Jeg har ikke nevnt ett ord i min interpellasjon om behovet for modernisering av offentlig sektor. Jeg unngikk bevisst den delen av debatten. Det jeg spurte om, var hva man hadde tenkt å gjøre for å få til en konsekvensvurdering av det man nå gjør. Det dreier seg ikke om, som statsministeren prøvde seg med, manglende konsekvensvurdering fra min side. Rett nok kan statsministeren tro at jeg var synsk da jeg satt som kommunalminister. Men det er denne regjering som har satt i gang det man selv kaller for tidenes moderniseringsprosjekt, og man foreslår enhetskvote, man sier at fiskeindustrien må bygges ned, man gikk bort fra forliket i landbrukspolitikken, og man startet på en rekke områder innenfor offentlig forvaltning en omlegging som fører til sentralisering, større enheter og tap av arbeidsplasser i Distrikts-Norge. Jeg konstaterer at man velger den inngangen man gjør i denne debatten. Det tror jeg ikke Distrikts-Norge er tjent med.

Statsminister Jens Stoltenberg: Jeg synes dette har vært en nyttig debatt. Det er bred tilslutning til at offent-

lig sektor må styrkes. Derfor må den fornyes, ikke minst av hensyn til Utkant-Norge, og jeg gav mange eksempler på det i mitt første svar, og viser til det. Men hovedpoenget er at ikke minst utkantkommuner er avhengig av gode offentlige velferdstilbud for å opprettholde bosetting og arbeidsplasser.

La meg likevel komme med noen refleksjoner i tillegg. Det ene er at det faktisk er slik at selv om det er uenighet om viktige elementer, er det bredere enighet i Norge enn i så godt som alle andre vestlige industriland om at vi skal føre en aktiv distriktspolitikk. Det er viktig, og det er noe vi skal ta vare på i landet vårt. Så får vi heller fortsette å diskutere enkeltelementer, men vi vil vite at vi satser mer på distriktene i Norge enn i andre land. Det er bra, fordi det er viktig for å opprettholde en mer spredt bosetting enn det f.eks. våre naboland Sverige og Finland har lagt opp til.

Vi har vært innom Finnmark. Jeg mener at Finnmark er et flott fylke og et fylke der det er mye pågangsmot, mye optimisme, men der det også er slik at storsamfunnet har tatt et ansvar for å bidra til å opprettholde bosetting og sysselsetting i større grad enn i andre deler av landet, nettopp fordi Finnmark er spesielt utsatt. Det har vi gjort bl.a. gjennom bred tilslutning her i Stortinget om å innføre null arbeidsgiveravgift, innføre ekstra støtte til dem som ønsker å etablere nye private virksomheter, ha null elavgift, ha null moms på elektrisitet, ha lavere toppskatt, ha lavere nettoskatt og alminnelig skatt, ha et eget skattefradrag for alle som skatter i Finnmark og Nord-Troms, ha ekstra høy barnetrygd, ha en egen ordning for avskrivning av studiegjeld, ha lavere avgifter på utenlandsflyginger, og ha andre særskilte ordninger for Finnmark og Nord-Troms. Det er bra at vi har mulighet til å samle oss om en slik politikk, men det er også et uttrykk for at det satses særskilt på vår nordligste landsdel, mer enn på andre utkantstrøk.

Det andre jeg vil si, er at det er åpenbart at for enkelte kommuner innebærer ikke bare det som skjer innenfor privat næringsvirksomhet, men også det som skjer innenfor offentlig sektor, krevende omstillinger. Derfor treffer vi særskilte tiltak overfor en del enkeltkommuner, og jeg redegjorde også for det i mitt første svar. Men jeg vil også si at vi har mange eksempler, som representanten Dag Terje Andersen var inne på, på vellykkede omstillinger som er minst like krevende som dem vi nå står overfor. Selv jobbet jeg med Kirkenes-samfunnet da vi nedla A/S Sydvaranger. Det var 700-800 arbeidsplasser som forsvant. Nå er det optimisme og pågangsmot og flere arbeidsplasser der enn for få år siden. Mo i Rana er et annet eksempel. Rena Karton er et tredje eksempel. Så omstillinger har vi håndtert før og skal greie å håndtere også i framtiden.

Presidenten: Dermed er sak nr. 1 ferdigbehandlet.

S a k n r . 2

Innstilling fra sosialkomiteen om verdier for den norske helsetenesta (Innst. S. nr. 172 (2000-2001), jf.

St.meld. nr. 26 (1999-2000))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 1 time og 15 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 25 minutter, Kristelig Folkeparti 10 minutter, Høyre 10 minutter, Fremskrittspartiet 10 minutter, Senterpartiet 5 minutter, Sosialistisk Venstreparti 5 minutter, Venstre 5 minutter og representanten Bastesen 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil 5 replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen.

Videre vil det bli foreslått at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Det anses vedtatt.

Sonja Irene Sjøli (H) (ordfører for saken): Målet med denne meldingen er å drøfte og klargjøre sentrale verdier knyttet til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetjenesten. Ikke overraskende er det bred enighet om de overordnede verdiene. Befolkningen skal ha likeverdige og god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet, uavhengig av bosted og personlig økonomi. Helsepolitikken må bygge på respekt for menneskeverdet og en styrket rettsstilling for den enkelte. Brukernes egne synspunkter og valg må respekteres, og den enkelte har krav på individuell behandling og vern om og respekt for sin integritet.

Det er viktig å stimulere til debatt om verdier, og denne meldingen er et godt utgangspunkt for helseutdanninger, fagorganisasjoner, de ulike arbeidsplasser, pasientorganisasjoner og samfunnet generelt for å drøfte verdigrunnlaget for den norske helsetjenesten. Det er viktig å beholde helhetsperspektivet i forhold til den enkelte pasients behov, og det må stå sentralt i kvalitetsarbeidet. Det er en selvfølge at brukere og pårørende tas med i planleggingen og utviklingen av helsetjenestene.

Det er fremdeles store problemer og utfordringer knyttet til kapasitet, mangel på kvalifisert helsepersonell, ressurstilgang, prioriteringer og organisering i helsetjenesten. Innen psykiatri og kreftomsorg har Stortinget vedtatt egne handlingsplaner, nettopp fordi disse områdene over lang tid har vært forsømt.

Det er dessverre slik at mange mennesker føler seg makteløse i møtet med helsetjenesten. En samlet komitee mener at møtet mellom pasienten og helsearbeiderne er selve testen på om helsetjenesten er menneskelig og etisk forsvarlig. Den enkelte pasient må bli sett og møtt ut fra sine egne forutsetninger og ut fra et helhetlig syn på mennesket.

Dette er avgjørende for å kunne utvikle individuelle planer for behandling og pleie. Pasienttilfredshet gjennom brukerundersøkelser er et viktig grunnlag i arbeidet for å bedre kvaliteten på tjenestene i Helse-Norge.

Flertallet, Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, er tilfreds med at Regjeringen legger opp til en statlig overtagelse av de offentlige sykehusene og en fristilling av disse som selvstendige rettssubjekt. En slik reform vil

på en langt bedre måte være i stand til å yte mer likeverdig helsehjelp til dem som har behov for det. Dette vil vi komme tilbake til når Regjeringen har lagt fram en sak for Stortinget i april.

Ny kunnskap innen genetikk og medisinsk bioteknologi vil åpne for en rekke undersøkelses- og behandlingsmetoder som vil være mer effektive og ha færre bivirkninger enn de metodene som er tilgjengelige i dag. En samlet komite mener at forvaltningen av denne kunnskapen må skje på en måte som ikke krenker menneskeverdet, og som øker faren for sortering av mennesker ut fra egenskaper. Stortinget vil komme tilbake til de ulike temaer i forbindelse med evalueringen av bioteknologiloven som Regjeringen har varslet vil foreligge til sommeren.

Bruk av ny medisinsk kunnskap medfører at yttergrensene i livet blir tøyd, og gir større mulighet for å påvirke befruktning, fødsel og død. Denne utviklingen vil medføre vanskelige avveininger i det kliniske arbeidet ved sykehusene. Komiteen støtter derfor opprettelsen av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus. Disse komiteene skal bidra til å utdanne helsepersonell og bevisstgjøre om verdier i helsevesenet og om hvordan de skal forholde seg til, mestre og løse de vanskelige etiske problemstillingene i den kliniske hverdagen. De skal også ha som en sentral oppgave å skape bevissthet om etiske problemstillinger knyttet til ressursbruk og prioriteringer. Ofte er det slik at enkelt saker omhandler spørsmål om ressursbruk og overordnede beslutninger om effektivisering som vil kunne ha konsekvenser for enkeltmenneskene.

En samlet komite mener at kliniske etikkomiteer er en nødvendig del av en forsvarlig sykehusdrift. En slik ordning bør også omfatte sykehjem, psykiatriske institusjoner og omsorgen for psykisk utviklingshemmede.

Komiteen følger også opp Lønning II-utvalgets forslag om å opprette medisinske faggrupper som skal gi råd om prioriteringer av helsetjenester innenfor sine fagfelt, og slik danne grunnlag for arbeidet i det tverrfaglige, samordnede prioriteringsutvalget, som allerede er oppnevnt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, mener at det må være rom for private helsetjenester som et supplement og alternativ til det offentlige helsevesen. Frivillige, ideelle og kommersielle foretak har bidratt til et mangfold i helsetjenestene og gitt brukerne reelle valgmuligheter. Private alternativer gir mulighet for å prøve ut nye driftsformer, og det er et betydelig læringspotensial, også for offentlige institusjoner, når det gjelder effektivisering og bedre utnyttelse av ressursene.

Et annet flertall, Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV, mener at vesentlige oppgaver innen utdanning og helse- og omsorgssektoren ikke bør legges ut på anbud og overlates til private, men at hovedtyngden av disse oppgavene må løses gjennom det offentlige. Hele komiteen mener imidlertid at et variert arbeidsmarked kan bidra til å få flere tilbake til yrket. Flertallet, alle unntatt Fremskrittspartiet, mener det er viktig å sikre folkevalgt styring med helheten, kvaliteten og fordelingen av tilbudene.

Når det gjelder livshjelp, understreker komiteen at tilbudene til uhelbredelig syke og døende i det alt vesentlige må være en integrert del av den vanlige helsetjenesten, og at tilgang til hospice blir en del av denne.

Aktiv dødshjelp er i strid med norsk lov, og komiteen opprettholder forbudet mot aktiv dødshjelp. Samfunnet kan ikke autorisere helsepersonell til å gå inn i den motsatte rollen av den etikk leger og annet helsepersonell har i vår kultur. Det kan heller ikke være en oppgave for det offentlige å ta stilling til om et menneskes liv er meningsløst, eller ikke verd å leve. Målet må være at omsorgen ved livets slutt kan møte behovet for trygghet og verdighet. Omsorg ved livets slutt er en sentral og krevende oppgave i helsetjenesten, fordi den omhandler mer enn tradisjonell pleie og behandling. Mangelen på kunnskap om smertelindring hos helsepersonell er et problem, og helsetjenesten mangler systematisk kunnskap om medisinsk praksis på dette feltet.

Komiteen mener det er behov for å styrke omsorgen for døende og dem som har en uhelbredelig sykdom, og ber Regjeringen

- vurdere sykehjemmenes og sykestuenes rolle i forhold til å gi pasienter en omsorgsfull og verdig død
- styrke kunnskapen om omsorg for døende i helseutdanningene
- styrke den kliniske forskningen
- bedre informasjonen til pasienter om smertelindring, tilgang til ekspertise, tilgang til hospice og annen følelsesmessig og åndelig hjelp
- sikre at pasienter som har undertegnet «Mitt livstestamente», respekteres, og at det legges til grunn for behandlingen slik at de kan føle seg trygge på at deres ønsker blir respektert

Når det gjelder prioriteringer i helsevesenet, mener komiteens flertall, alle unntatt Fremskrittspartiet, at retningslinjene, slik det er foreslått i NOU 1997:18 Prioriteringer på ny, skal legges til grunn. Det er ikke alltid like enkelt å foreta denne prioriteringen i den kliniske hverdagen. Psykiatri, geriatri, rehabilitering og smertelindrende behandling er områder som blir underprioritert, bl.a. på grunn av lav faglig status og manglende kunnskap, og det er en betydelig mangel på kvalifiserte fagfolk.

Komiteen går enstemmig inn for et forslag fra Høyre om å opprette et geriatrisk forskningsprogram for å styrke forskningsinnsatsen innen geriatri, både for å bedre diagnostikk og behandling og for å styrke fagområdet generelt. Det vil kunne bidra til å rekruttere flere leger og sykepleiere til geriatrien.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Høyre, mener det bør vurderes å innføre graderte egenandeler for enkelte lavt prioriterte helsetjenester, og at moderat bruk av egenandeler ikke kommer i konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene. En samlet komite understreker nødvendigheten av å skjerme kronikerne og andre med stort behov for helsetjenester gjennom et nytt egenandelstak som dekker de utgiftene disse har til helsetjenester og legemidler som i dag ikke dekkes under det ordinære egenandelstaket.

Når det gjelder alternativ medisin, mener komiteen det er behov for en gjennomgang av en rekke forhold som er knyttet til hvilken plass alternativ medisin og alternative behandlingsformer bør ha innenfor den tradisjonelle helsetjenesten. En samlet komite støtter et forslag fra Høyre om en stortingsmelding om alternativ medisin.

Det er stor mangel på kunnskap om og manglende integrering av kjønnsperspektivet i helsepolitikken og helsetjenesten. Kunnskapene tar i altfor stor grad utgangspunkt i menns fysiologi og livsløp. Det må det bli slutt på. En samlet komite ber derfor Regjeringen gjennom en stortingsmelding følge opp NOU 1999:13 om kvinners helse i Norge. Å minne om dette forholdet burde være en passende avslutning på mitt innlegg.

Jeg anbefaler for øvrig komiteens innstilling.

Reidun Gravdahl (A): Prøysen sa en gang: «Det er mye vondt her i verda. Men det er mye godt òg.»

Ja, det er mye vondt her i verden, også her i vårt land. Det er sykdom og fattigdom, ventelister og lidelser vi ennå ikke kan helbrede – områder som har vært forsømt lenge.

Men det er mye godt òg: Gode hender gir stell og pleie. Det er endringer og forbedringer i organisering og prioritering. Forsømte områder har blitt prioritert, som f.eks. psykiatrien. Verdivalg, gode valg, skal gi bedre helse og behandling for alle, uansett hvor i landet en bor eller hvor rik eller fattig en er.

Verdimeldingen drøfter sentrale verdispørsmål i det norske helsevesenet knyttet til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetjenesten i tida framover. I reformpolitikken som har gått over det siste tiåret, har det vært vektlagt ressursopptapping gjennom flere opptappingsplaner og gjennom modernisering av mange lover.

Det er satset på personelltiltak både innen utdanning og fordeling av helsepersonell, og det er foretatt mye utviklingsarbeid for å få til en bedre arbeidsdeling og organisering. Og det er satset på helsefremmende og forebyggende arbeid. Opptappingsplaner innen psykiatri og kreft er i gang. Forsømte områder er prioritert. Bevilgningene til helse er økt betydelig. Ventelistene har blitt kortere, alle har fått tilbud om fast lege, og vi står foran tidenes største omorganisering av norsk sykehusvesen. Den medisinske og teknologiske utviklingen går raskt. Det må tas nasjonale grep for å sikre at alle får del i de nye tilbudene. Helsetilbudet vårt er på et høyt nivå. Flere enn noensinne får behandling, flere enn noensinne får operasjoner. Stadig flere sykdommer kan behandles.

Hver eneste dag gjør tusenvis av ansatte i den norske helsetjenesten en kjennejobb. Men det er også problemer. Sykehusene har større utgifter enn inntekter, og helsevesenet drives ikke like godt overalt. Disse problemene vil bli større hvis vi ikke får en mer helhetlig styring.

Å løse problemene i sykehusene er ikke bare et penge-spørsmål, det er også et organisasjonsspørsmål. Derfor må vi forandre. Vårt sykehusvesen er et offentlig ansvar, og det skal det fortsette å være. Sykehusene skal i det alt vesentlige være eid og styrt av det offentlige. Noen har

forsøkt å omtale sykehusreformen som privatisering. Det er feil. Sykehusreformen er basert på at staten overtar eierskap og finansiering av sykehusene, mot nå fylkeskommunalt eierskap og statlig finansiering. Et slikt samlet statlig ansvar må bygge på den hovedstruktur som er utviklet i de etablerte helseregionene.

Regional og nasjonal samordning skal sikre opprettholdelse av en desentralisert struktur, samtidig som mulighetene til utveksling av kapasitet og kunnskap i tjenestetilbud og behandling blir effektivt utnyttet. Dermed blir det mulig å utjevne forskjeller og gi likeverdige og gode tilbud til hele befolkningen.

Omdanning til aksjeselskaper er uforenlig med en slik modell og i strid med Arbeiderpartiets politikk. Det sa vi klart fra om da Stortinget behandlet lovsaken om fylkeskommunale sykehusselskaper, og det sier vi klart fra om nå.

Saken om statlig overtakelse har vært ute til høring og har vært mye omstridt – mye på feil grunnlag etter min mening. 100 pst. statlig eierskap av sykehusselskapene er etter mine begreper ingen privatisering. Det er avtaler med private i dag, og etter Arbeiderpartiets mening kan dette bare være et supplement til det offentlige. Slike tilbud inngår i de offentlige helseplanene i dag, og det vil være naturlig at slike planer og avtaler fortsetter selv om staten tar over eierskapet av sykehusene. Dette dreier seg i vesentlig grad om sykehus eid og drevet av ideelle organisasjoner, som Røde Kors Klinikk, Feiringklinikken og sykehus eid av Sanitetsforeningen, oftest reumatisme-sykehus.

Vi vil ikke ha privatisering av helsevesenet som bidrar til konkurranse om helsekroner, og som kan skape et voksende skille mellom pasienter med god og dårlig økonomi.

Hovedmålene i helsepolitikken er å sikre tilgang til gode og likeverdige helsetilbud til alle uansett hvor vi bor i landet, eller hvor mye eller lite penger vi har.

Sykehusene utgjør også noen av landets største kunnskaps-, forsknings- og utviklingsbedrifter. Framtidsrettede og lovende områder som medisin og bioteknologi ivaretas i sykehusene. Sykehusene er en spennende arbeidsplass for en rekke forskjellige yrkesgrupper og utgjør en viktig forutsetning for trygghet og velferd i alle deler av landet.

Antall legeårsverk har økt med 50 pst. de siste ti årene. Vi har flest leger i forhold til innbyggere av alle land i Europa. Allikevel opplever vi legemangel. Vi bruker mer penger i norske sykehus enn noen gang. Allikevel står avansert utstyr ubrukt store deler av døgnet. Operasjonsstuer står tomme midt på dagen, og sykehuslegene behandler færre pasienter enn før. Skal vi få til å forbedre kvaliteten i helsevesenet, må vi ha mer samspill mellom sykehusene og mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.

Primærhelsetjenesten styrkes ved at vi alle nå får fastlege. Vi har nå rett til å velge vår egen lege, og hun eller han vil kunne følge oss over tid. Det gir trygghet.

Verdimeldingen gjennomgår en rekke av de tiltak som er i gang i det norske helsevesenet. Jeg vil kort bare nevne noen av dem:

Kliniske etikkomiteer har vært utprøvd i seks år og er opprettet ved sju sykehus inntil nå. De ble evaluert i 1998, og er anbefalt etablert ved alle sentral- og region-sykehus.

Frivillige organisasjoner har lang tradisjon for aktiv deltakelse ved utforming og drift i helsetjenesten og gjør en god jobb. Det håper vi at de fortsetter med.

Folkehelsearbeid har med jevne mellomrom vært drøftet i Stortinget. Nå er Stortinget gjort kjent med at Regjeringen har satt i gang arbeidet med en nasjonal handlingsplan for folkehelsearbeidet. Planen skal gi en bred gjennomgang av utviklingen på 1990-tallet, som grunnlag for planlegging av innsatsen på dette området i årene som kommer. Dette innebærer at planen vil utgjøre både helsefremmende og forebyggende arbeid. Stortinget vil bli orientert om dette, er det sagt, og det vil også komme helsepolitiske redegjørelser med noen års mellomrom, slik det har vært gjort tidligere.

Verdimeldingen omhandler viktige områder som jeg kunne brukt mer tid på enkeltvis, men de er godt omtalt i innstillingen fra komiteen. For eksempel er rusomsorg, smertelindring og omsorg for døende svært viktige områder.

En enstemmig komite ber om en stortingsmelding om alternativ medisin og en vurdering av å opprette et geriatrisk forskningsprogram.

Statens helsetilsyn har opprettet et fagråd for kvinnehelse som vil være et sentralt virkemiddel i arbeidet med typiske kvinnelidelser. Det er behov for å fremme likestilling innen helsetjenesten. Allfor mye av kunnskap er basert på menns fysiologi og livsløp, noe som framkom i NOU 1999: 13 om kvinners helse i Norge. Det er viktig at dette arbeidet følges opp.

Jeg synes at meldingen er en god melding, og at saksordføreren har gjort en god jobb. Det takker vi for. Vi er tilfreds med det arbeidet og den gjennomgangen som er gjort.

K e n n e t h S v e n d s e n hadde her overtatt presidentplassen.

Are Næss (KrF): Det er i dag første gang Stortinget behandler en stortingsmelding med verdispørsmål som hovedtema. Meldingen ble lagt frem av sentrumsregjeringen og ble ikke trukket tilbake ved regjeringsskiftet. Både dette faktum og behandlingen av meldingen i komiteen tyder på at det er stor grad av enighet om de grunnleggende verdier for den norske helsetjenesten, selv om vi kan komme til ulike resultater i praktisk politikk.

Dette grunnlaget kommer tydelig frem i innledningen, hvor Regjeringen fremhever at den vil

«føre ein politikk der det er lagt vekt på eit solidarisk og human samfunn med menneske som syner medkjensle med kvarandre og har omsorg for dei svakaste. Prinsippet om at kvar einskild person har ein ukrenkleg verdi skal leggast til grunn for arbeidet».

På denne måten er hvert enkelt menneskes ukrenkelige menneskeverd satt i sentrum. Dette er viktig. For det

er mange aktører i helsevesenet, og det er sterke interesser av faglig, økonomisk og politisk art. Helseprofesjonene har stor makt, men jeg vil mene at den farligste maktkonsentrasjon sett fra pasientens side i dag er en regjering som gjennom statlig eierskap og styring vil hindre pasientens mulighet for reell innflytelse gjennom folkevalgte representanter.

Helsevesenets hovedperson er pasienten. Pasient betyr den som lider, og helsevesenets oppgave er å lindre og om mulig helbrede – og dessuten noe som blir stadig viktigere: å forebygge. Også her har sentrumsregjeringen gått foran med et godt eksempel. Økt fokus på mosjon og ernæring er viktig. Men det er et faktum at det dør 10 000 mennesker i Norge hvert år av tobakk, alkohol og narkotika. En verdibasert helsetjeneste må sette inn større innsats mot disse truslene mot folkehelsen. Det er gledelig at Verdens Helseorganisasjon nå vil følge opp sin kamp mot tobakk og narkotika med et oppgjør med alkoholindustrien. Her trengs også folkeopplysning, ikke minst i forhold til løgnaktige påstander om påståtte positive helseeffekter av alkoholbruk.

Nærhet, likhet og kvalitet er aksepterte verdier for helsevesenet i Norge. Men gode mål kan også komme i konkurranse og konflikt med hverandre. Jeg vil spå at den medisinske utvikling i tiden fremover vil føre til en stadig større konflikt mellom målene om nærhet og kvalitet. Her vil vi få vanskelige avveininger som det ikke gis noe fasitsvar på.

Menneskeverdet står sentralt i verdidebatten. For Kristelig Folkeparti står menneskeverdet som helt og udelelig og ikke mulig å gradere. Det bibelske menneskeverd er knyttet til at mennesket er skapt i Guds bilde. Ikke noen annen skapning har dette stempel. Dette menneskeverdet er uavhengig av funksjon, helse, kjønn, alder eller andre forhold. Fordi menneskeverdet er knyttet ene og alene til det å være menneske, må det også være slik at menneskeverdet begynner når menneskelivet begynner, nemlig ved befruktningen, og varer livet ut. Menneskeverdet er knyttet til menneskeliv, og retten til liv er og blir den grunnleggende menneskerett. Derfor har Kristelig Folkeparti også fremmet forslag om å grunnlovfeste retten til liv.

Den største faren for menneskeverdet er at det blir gradert, slik det allerede er skjedd med det ufødte barn. Det er verd å huske på at slik gradering av menneskeverd kan skje og har skjedd, til dels også skjer, for fødte mennesker. Menneskelivet og menneskeverdet er sårbart spesielt i sin første og siste fase, og trenger da særlig beskyttelse. Dette vil vi komme tilbake til i senere innlegg fra Kristelig Folkeparti.

Blant viktige forhold som komiteen har vektlagt er etikkarbeidet i helsevesenet. Helsetjenesten blir stadig konfrontert med etiske problemstillinger som endrer seg i takt med den medisinske utvikling. Det er derfor viktig med etisk bevisstgjøring, eksempelvis gjennom etikkomiteer på sykehusene. På dette området trengs stadig ny kunnskap, og det trengs bevisstgjøring om etiske problemstillinger. Det er nemlig ikke slik at stor faglig eller vitenskapelig kompetanse nødvendigvis følges av tilsva-

rende etisk vurderingsevne. Når man har opplevd en av forrige århundres biomedisins giganter avsløre seg som en etisk analfabet, kan man ikke unngå å bli skremt.

Jeg håper og tror at stortingsmeldingen om verdier for den norske helsetjenesten vil bli et godt grunnlags- og arbeidsdokument for helsetjenesten i årene fremover.

Jeg vil gi saksordføreren ros for gjennomgang av meldingen, og håper at komiteen gjennom sin innstilling har gitt et lite bidrag.

John I. Alvheim (Frp): Jeg kan ikke dy meg for å starte med en replikk til representanten Are Næss, som innledningsvis sa at den nåværende regjering med sin sykehusreform vil frata pasientene reell innflytelse, fordi det ikke lenger blir folkevalgte organer som skal styre sykehusdriften. Det kunne være fristende å stille spørsmålet til representanten Are Næss: Hvordan er pasientinnflytelsen i dag, med såkalt folkevalgt styring? Jo, vi har 300 000 pasienter i sykehuskø, vi har problemer i eldreomsorgen, i rusomsorgen og over hele fjella. Den nye reformen ønsker jeg virkelig velkommen.

En samlet sosialkomitee uttaler innledningsvis i den foreliggende innstilling at befolkningen skal ha en likeverdig og god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet, uansett hvor de bor i landet, og uavhengig av den enkeltes økonomiske situasjon. Dette har et flertall i ulike sosialkomiteer uttalt i mer enn 25 år – uten at de samme politikerne har tatt konsekvensen av dette, idet vi pr. dags dato opplever at sykehusstilbudene er svært varierende fra fylkeskommune til fylkeskommune, og det er Fremskrittspartiets oppriktige mening at det nå er på høy tid at vi får et statlig enhetlig ansvar for det offentlige sykehusvesen.

Den foreliggende St.meld. nr. 26 for 1999-2000, Om verdier for den norske helsetenesta, som innstillingen omhandler, er i det vesentligste et tykt dokument med selvfølgeligheter. Den viktigste verdien som helsevesenet bør ivareta, er å gi norske borgere faglig god behandling innen faglig forsvarlige tidsfrister. Dette verdikravet vil jeg hevde at det offentlige helsevesen og vi her på Stortinget fram til dags dato ikke har oppfylt.

St.meld. nr. 26 omtaler ofte og i ulike sammenhenger helsepersonalets etiske og verdimessige ståsted i forhold til pasientene. Men jeg har ikke funnet ett ord i stortingsmeldingen, og heller ikke i innstillingen, om hvilke verdikrav som bør stilles til oss som sentrale politikere, som er ansvarlige for ressurstilgangen til det offentlige helsevesen. Vi har etter min mening alle og enhver av oss her i Stortinget et åpenbart ansvar for det behandlingstilbudet, eller mangel på sådant, i vårt offentlige helsevesen pr. dags dato.

Skal vi få et helsetilbud i Norge som vektlegger og tar hensyn til pasientens verdier og livskvalitet, må vi få en organisering av helsevesenet som i større grad er pasient- og kundestyrt. Jeg har forhåpninger om at den nye sykehusreformen et godt stykke på vei vil legge om den interne reorganiseringen i våre sykehus slik at brukerne/pasientene får større medbestemmelsesrett over egen situasjon og egen behandling.

Skal vi imidlertid få et kundestyrt helsevesen, må vi innføre prinsippet om at pengene skal følge pasienten til behandlingsstedet. Så langt har vi dessverre ikke kommet, og det ligger heller ikke – beklageligvis – et opplegg for dette i det høringsutkast som helseministeren har hatt ute, når det gjelder statlig overtakelse av sykehusdriften.

Fortellingen om den barmhjertige samaritan er et skoleeksempel på at pengene fulgte den tilskadekomne. Bortsett fra bildet om den barmhjertige samaritan på forsidene av stortingsmeldingen er det lite i meldingen som følger opp det som er fortalt i Lukas 10, når det gjelder nye tanker om en annen finansiering av vår sykehusbehandling.

Generelt vil jeg på vegne av Fremskrittspartiet hevde at vi har et helsepersonell med høy moral og god etikk, selv om unntakstilfeller eksisterer. Det forekommer få klager på helsepersonell i våre offentlige sykehus generelt sett, men det finnes unntak, også veldig grove unntak, hvor helsepersonell overfor pasientene har utvist faglig uakseptable skjønn – ja faktisk mangel på folkeskikk. Slike tilfeller bør vi imidlertid slå hardt ned på, istedenfor at vi som sentrale politikere skal gi oss ut for å være læremestere for helsepersonell i etikk og verdispørsmål. Kanskje burde skikkethet være et opptakskriterium for alt helsepersonell; det gjelder både leger, sykepleiere og øvrig personell.

Fremskrittspartiet er stort sett inkludert i de fleste flertallsmerknader i innstillingen, uten at jeg her skal gå nærmere inn på det. Men jeg vil på vegne av partiet få gi uttrykk for en viss skepsis når det gjelder etablering av etikkomiteer i offentlige sykehus. Selv om jeg har en viss skepsis, har vi likevel sluttet oss til flertallsinnstillingen på dette området. Men jeg vil advare mot på nytt å sette ned ulike utvalg, komiteer og grupperinger som skal bruke betydelig tid til reiser og møtevirksomhet i og utenfor eget sykehus, istedenfor å stå i direkte pasientbehandling. I dag har vi altfor mye av dette i de fleste norske sykehus, og vi trenger absolutt ikke mer.

Fremskrittspartiet har et eget mindretallsforslag i innstillingen som vi er blitt kritisert for av andre, men som vi likevel har funnet nødvendig å fremme. Det er forslaget om å få overført medikamentet Aricept mot Alzheimers sykdom til den vanlige blåreseptordningen. For oss er dette et høyaktuelt verdispørsmål. Den spesielle refusjonsordningen en i dag har, er kostbar og tungvinn å administrere for den enkelte pasient. Og det er et klart underforbruk av medikamentet Aricept mot Alzheimers sykdom – vi har ca. 2 300 brukere av medikamentet, mens vi får en tilgang på ca. 7 000 nye alzheimerpasienter årlig. Hele 70 pst. av pasientene i offentlige sykehjem har utviklet en tung senildemessy sykdom. Forskrivingen av Aricept til alzheimerpasienter har nå vært i virksomhet i snart to år, og så langt jeg kjenner til, er resultatene av behandlingen svært oppløftende. Det vil sikkert komme andre medikamenter enn Aricept på markedet, men i alle fall: Disse medikamentene bør snarest over på blå resept, og det fremmer vi forslag om.

Selv alzheimerpasientene, de senildemente, har en egenverdi som mennesker. De kan ikke bare settes til si-

de, men har de samme krav på medisinsk behandling og oppfølging som alle andre pasienter innen somatikk og psykiatri. Etikk og verdispørsmål er ikke og skal ikke være bare teori. Det må få konsekvenser ikke bare i møtet med den enkelte pasient, men bør være retningsgivende for oss som sentrale helsepolitikere når det gjelder å tilrettelegge for tilgjengelighet, kvalitet og ressurstilgang, slik at flest mulig får del i det velferdsgode som heter «behandling, oppfølging, rehabilitering» osv.

Helt til slutt tar jeg opp Fremskrittspartiets mindretallsforslag, som er tatt inn i innstillingen.

Presidenten: Representanten Alvheim har tatt opp det forslaget han refererte til.

Ola D. Gløtvold (Sp): St.meld. nr. 26 for 1999-2000, Om verdier for den norske helsetenesta, ble fremmet av sentrumsregjeringen og legger i likhet med St.meld. nr. 28 for 1999-2000, Innhold og kvalitet i omsorgstenestene, Omsorg 2000, opp til en bred debatt om verdier og etikk innenfor hele spekteret av helse- og omsorgsarbeidet.

Fra Senterpartiets side ønsker jeg å presisere at hele vår helsepolitikk må bygge på respekt for menneskeverdet og dets ukrenkelighet. Ut fra det enkelte menneskets ukrenkelige verdi er det viktig å motarbeide en utvikling som legger opp til en sortering av mennesker. Ethvert menneskes liv er i seg selv et mål, og respekten for enkeltmennesket må føre til at brukerens erfaring og valg tas på alvor, slik det også slås fast i innstillingen. Et slikt utgangspunkt gir økt kvalitet og kvalitetssikring av helse-tjenestene og styrker også den enkeltes evne til å mestre sitt eget liv. Menneskelivet har sin største sårbarhet ved livets begynnelse og ved dets slutt. Det er derfor av største viktighet at menneskeverdet i disse livsfasene prioriteres høyt.

Det er av stor betydning at vårt helsevesen har så høy standard og kvalitet som mulig, bl.a. gjennom tilføring av ressurser, gjennom oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og metoder og gjennom utdanning, forskning og utvikling. Skal en imidlertid oppfylle målsettingen om å sette pasienten og enkeltmennesket i sentrum, og ikke la dette bare bli fine talemåter, må spesielt ett forhold prioriteres, og det er tid – tid til diagnostisering, tid til behandling og tid til pleie, rehabilitering og omsorg. Som en samlet komitee uttrykker det:

«...den enkelte pasient må bli møtt og «sett» av helsearbeiderne ut fra sine egne forutsetninger og ut fra et helhetlig syn på mennesket.»

Et viktig moment i den sammenheng er selvsagt utviklingen av individuelle planer for behandling og pleie. Men skal disse planene kunne realiseres, må det være tid til å følge dem opp, ved å ha tid til pasienten. Det gjelder for alt fagpersonell som har med pasienten å gjøre, og for alle forhold i behandling og pleie.

Dette omsorgsaspektet har lett for å tape i forhold til kravet om effektivisering, rasjonalisering og økonomisk drift. I det øyeblikk vi er ferdig med denne saken i dag, vil helsedebatten igjen preges av struktur- og styringstil-

tak for å øke effektivisering og skape et mest mulig rasjonelt og kostnadseffektivt helse- og sykehusvesen. Selvsagt skal vi også ha disse perspektivene med oss, og arbeidet for å fjerne unødvendige kostnader og effektiviseringsperrer er viktig. Men vi oppfyller ikke fellesintensjonen i denne innstillingen vi nå behandler, dersom vi ikke erkjenner at helse- og omsorgsarbeid må koste noe ekstra om vi skal ta større hensyn til pasienten. Retten til rask og trygg behandling, uavhengig av forhold som bosted, økonomi og sosial og funksjonell status, må innebære at vi ikke kan rendyrke struktur- og effektiviseringshensynene, men gi innrømmelser i forhold til at et helsevesen som setter enkeltmenneskets verd først, i form av hensyn til pasientenes sikkerhet, må koste mer enn et helsevesen tuftet på en form for samlebandstenking.

Det er viktig at omsorgsetikk preger vårt helsevesen fra a til å. Og det er også viktig at dette preger oss politikere, som legger rammevilkårene for det samme helsevesenet. Senterpartiet mener at viktige oppgaver som vårt helse- og omsorgsvesen må være det offentliges ansvar. Da må vi som representerer det offentlige, også være oss vårt ansvar bevisst.

Det private tjenestetilbudet har alltid vært der, og det bør også for fremtiden stimuleres når det gjelder de frivillige organisasjonenes store og uegennyttige innsats. Men det private tilbudet må i størst mulig grad innlemmes i offentlige helseplaner og være et supplement til det offentliges ansvar og tilbud.

Etikkarbeid må prioriteres og følges opp i det praktiske arbeidet. Det er derfor viktig at Regjeringen kommer tilbake til Stortinget med en redegjørelse for status og framdrift når det gjelder opprettelse av kliniske etikk-komiteer ved alle våre sentral- og regionsykehus. Det er viktig at slikt etikkarbeid foregår kontinuerlig ved alle våre helseinstitusjoner, og at Senter for medisinsk etikk kan koordinere dette på nasjonalt plan. Her har også Statens helsetilsyn en viktig rolle. Ved våre universitet og utdanningsinstitusjoner må etikk settes klarere på dagsordenen, og verdidebatten må være en kontinuerlig debatt i forhold til utdanning og bevisstgjøring av alle aktører innen helse- og omsorgssektoren.

Utviklingen innen bioteknologi gjør at viktige etiske grunnholdninger må være generelle veivisere, slik at dette ikke ender helt på ville veier. Mulighetene og utfordringene er mange innenfor dette feltet, men i alt dette arbeidet må det legges til grunn at integriteten til hvert enkelt menneske er ukrenkelig.

Vi må ha mer ressurser og gjennom den erkjennelsen ha mer tid til pasienten i vårt helsevesen. Allikevel må vi prioritere. I den sammenheng er det viktig at Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet er opprettet, og at vi får medisinske faggrupper innenfor de ulike felt.

Til slutt vil også jeg berømme saksordføreren for framleggingen av komiteinnstillingen her i dag.

Jeg har en del momenter til som jeg antakeligvis vil komme tilbake til.

Olav Gunnar Ballo (SV): Det har vært understreket fra flere av de foregående talerne at det er en styrke at

(Ballo)

man på mange felter har den samme typen betraktning i ulike partier. Spesielt har det vært trukket fram konklusjonen om at vi i Norge skal ha et likeverdig helsetjenestetilbud, uavhengig av bosted, alder eller den enkeltes økonomiske situasjon, slik komiteen også slår fast i sine merknader. Jeg og SV er enig i de betraktningene, nemlig at man på mange felter i Norge vil kunne enes om målsettinger for helsetjenestetilbud og sette dem ned på et papir, slik at man senere kan gå tilbake og vurdere om målsettingene er nådd.

Styrken med selve meldingen knyttet til verdier i det norske helsevesenet er at de fleste vil kunne slutte seg til mye av verdibeskrivelsen. Men samtidig som det er styrken, er det også noe av svakheten. For det man kan forundre seg over, er at man kan være enig i en målsetting om et likeverdig helsetjenestetilbud til hele befolkningen, samtidig som partiene kan ha så ulike syn på hvordan den målsettingen skal kunne nås.

Et eksempel på det blir nettopp forslaget om en statlig sykehusreform. Jeg tror at det vil kunne finnes mange gode grunner for at staten i stedet for fylkene skal drive sykehusene. Men når det samtidig skjer i stor grad gjennom en frikobling fra folkevalgt styring – man kan i hvert fall se for seg muligheten for at vi får langt færre sykehus enn i dag gjennom en stor grad av sentralisering – vil man veldig snart bevege seg bort fra målsettingen om et likeverdig helsetjenestetilbud til befolkningen. Jeg deler derfor en del av de advarslene som Are Næss kom med i sitt innlegg, knyttet nettopp til sykehusreformen.

Ellers har vi vært gjennom en periode med en rekke reformer som har vært vedtatt av Stortinget bare i løpet av denne perioden. Jeg vil trekke fram fastlegereformen som en veldig viktig reform som kan være med på å danne et nytt verdigrunnlag for helsetjenesten i Norge, nettopp fordi hver enkelt vil kunne få tilbud om sin egen faste lege. Det er også et tilbud som går i riktig retning, nemlig at helsevesenet sikres en desentralisert forankring og nærhet i forhold til brukerne. Stortinget har også vært gjennom en reform knyttet til økt satsing på psykiatri, ikke minst med midler tilgjengelig ute i de ulike kommunene for styrking av den tjenesten. Det er en viktig reform og en viktig satsing knyttet til befolkningen generelt. Vi har fått en ny lov om psykisk helsevern, der man ennå ikke kan si om det er et riktig grep som tas, nemlig at også tvangstiltak vil kunne skje ute i kommunene uten forutgående innleggelse på institusjon. I aller høyeste grad handler det om et verdivalg som man i dag ikke har fasiten til. Det har vært en betydelig økning når det gjelder satsing i forbindelse med kreft, gjennom en kreftplan som skal følges opp gjennom flere år. Det har vært en viktig satsing, og også en satsing som stort sett alle partier i Stortinget har kunnet slutte seg til. Man har også sett en satsing knyttet til eldreforamen, som kanskje i veldig stor grad har blitt en satsing på økte sykehjemstilbud mer enn på verdier knyttet til eldreomsorgen som sådan og de etiske verdiene knyttet til den omsorgen. Så der vil det fremdeles være en vei å gå.

I forbindelse med det dokumentet som vi i dag har til behandling, vil jeg trekke fram særlig to områder som jeg synes er viktige når man skuer framover. Det ene er spørsmålet om prioritering innenfor helsevesenet. Det vi har sett gang på gang, er at når man kommer til konkrete verdivalg der man skal velge mellom ulike alternativer, er det vanskelig for politikerne å foreta det valget, spesielt når det knytter seg til prioritering. Det kan være et riktig grep at vi har fått Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet, men dersom politikerne ikke evner å følge det rådet med klare flertallsbeslutninger som viser retningen for politikken, vil det rådet likevel ikke kunne bidra til løsninger alene.

Jeg vil også peke på den store utfordringen som vi står overfor når det gjelder ulike sider ved bioteknologien, og bioteknologiens plass i det framtidige helsevesenet. Det vil være vesentlige økonomiske grunner til det. For går vi inn med full tyngde på bioteknologiens område, vil det være betydelige kostnader knyttet til det. Men det aller viktigste elementet knyttet til bioteknologien er de etiske veivalgene vi står overfor. Til nå har det vært uklart hvilken retning Regjeringen vil velge. Det dreier seg i aller høyeste grad om viktige verdivalg som vi vil stå overfor i de årene som kommer, med de muligheter som teknologien bærer med seg.

May Britt Vihovde (V): Venstre vil gi si tilslutning til komiteen si innstilling. Det er viktig at verdiane som skal knyta seg til planlegging, utbygging og drift av helsestenestene, blir drøfta og klargjorde.

Brukarane sine synspunkt og val må bli respekterte, og alle skal ha krav på individuell behandling og vern om og respekt for eigen integritet. Me veit at svært mange av klagene som kjem på helsepersonell, handlar akkurat om brot på desse verdiane, det som brukarane opplever som krenkjande situasjonar. Når me snakkar om ei betre helsesteneste, handlar det altså i stor grad om å få fram verdier som innleving, evne til å vera lydhøyr overfor brukarane sin situasjon, varme, open kommunikasjon og å gjera det beste for at brukarane skal føla seg respekterte.

Venstre er samd med komiteen i at me stort sett har ei god helseteneste i landet. Det er likevel slik at kløfta mellom det som det er mogleg å gjera, og det me har ressursar til – anten det er personell eller pengar – stadig blir større, og at me opplever ei «forventingskrise». Me som er politikarar, må i stadig større grad vera med og prioritera, slik at midlane blir brukte på ein god måte. Eg vil her spesielt nemna kor viktig det er at ikkje såkalla statussjukdomar blir forfordelte, men at helsetenestene blir brukte slik at dei fører til utjamning av forskjellar i levekår, helsetilstand, funksjonsnivå og sjukdomstilhøve. Prioriteringane skal byggja på kriterium om grad av alvor, forventa nytte av behandling og kostnadseffekt av tiltaket.

Det er skuffande at opptrappingsplanane innan psykiatri og kreftomsorg ikkje er i rute med det aukande behovet og den tekniske utviklinga som går føre seg. Venstre meiner – som eit fleirtal i komiteen – at ein må ha årlege revurderingar og korrigeringar av desse planane. Det er

og skuffande å høyra om nedprioritering av førebyggjande tiltak, som skulehelsetenesta, helsestasjonsverksemd og svangerskapskontrollar. Dette er delar av helsetenesta som er godt innarbeidde, som det er god søknad til, og der dei som søker, er motiverte for å setja inn tiltak som betrar helse. Dette må me ha råd til å halda oppe.

Når det gjeld rekruttering til stillingar i helsevesenet, veit me at me står føre store utfordringar. Me kjem ikkje utanom å betra arbeids- og lønstillhøva for både sjukepleiarar og hjelpepleiarar. Det er òg viktig at helsetenesta utviklar moderne organisasjonsmodellar som fremmar læring og sjølvstende hos alle tilsette, for slik å auka arbeidsglede.

Spørsmål som har med helse å gjera, opptek dei fleste. Difor er det òg viktig at helsepolitikk i stor grad blir skapt der folk er. Den nye reforma Regjeringa no planlegg, med statleg overtaking av spesialisthelsetenestene, går motsett veg og fjernar viktige helsespørsmål frå den politiske arenaen. Venstre meiner dette sentraliseringsprosjektet får eit demokratisk underskot, og vil ikkje medverka til gjennomføring av det slik det er tenkt, utan utgreiing av konsekvensar på godt og vondt.

Venstre vil støtta fleirtalet i komiteen som meiner private helsetilbod kan vera eit supplement til det offentlege, men at private tilbod skal inngå i dei offentlege helseplanane.

Prinsippet når det gjeld menneskeverd og verdier, må vera at alle har ukrenkjeleg eigenverdi, uavhengig av kjønn, religion, sosial bakgrunn, funksjonsnivå, sivilstand, bustad og etnisk tilknytning. Venstre sin målestokk for politikken er korleis enkeltmennesket opplever kvardagen sin. Ein må måla dette ut frå forventingar og behov til dei som har minst. Dette gjeld spesielt i helsevesenet.

Eg har lyst til å trekkja fram dei som kanskje slit mest i Noreg i dag, som har det tyngst, nemleg våre tunge rusmiddelmissbrukarar. Her har òg helsevesenet vårt store utfordringar.

Statsråd Tore Tønne: Den meldingen som behandles i dag, ble lagt fram av regjeringen Bondevik. For å stimulere til debatt om verdigrunnet i helsetjenesten ble det etter fremleggelsen utarbeidet et hefte med en del sentrale synspunkter fra meldingen og med spørsmål til ettertanke, samtale og drøfting. Hefte fikk bred distribusjon, og jeg vil gjerne gi en kompliment til den tidligere helseminister for hans initiativ til at debatten om verdier i helsetjenesten ikke begrenses til denne sal, men også er brakt ut til brukerne av og utøverne i helsevesenet.

Innstillingen viser at det i hovedsak er bred enighet om det verdisyn som skal legges til grunn for utviklingen av vår helsetjeneste, nemlig respekt for menneskeverdet og dets ukrenkelighet. Når det gjelder synet på verdien av livet før fødselen, blir de politiske skillelinjene tydeligere. Dette får Stortinget anledning til å drøfte nærmere ved senere anledninger, bl.a. ved behandlingen av Ot.prp. nr. 77 for 1999-2000 i april i år i forbindelse med forslaget til lovregulering av bruk av fostervev til medisinske formål og våren 2002 når Regjeringen har lagt fram forslag til evaluering av lov om medisinsk bruk av bioteknologi.

For øvrig må jeg understreke at på grunnlag av respekten for menneskeverdet må det viktigste verdimål for helsevesenet være å kunne tilby gode helsetjenester på like vilkår til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted og økonomi.

En samlet komite sier seg glad for at vi har fått egne handlingsplaner for psykiatri og kreftomsorg og understreker at det er særdeles viktig at disse planene fra departementets side revurderes årlig, slik at man hele tiden er sikker på at kart og terreng stemmer overens. Komiteen føler seg usikker på at så er tilfellet, og et flertall anmoder Regjeringen om å foreta en årlig revurdering og korrigerer av de nevnte planene.

Dette gir meg grunn til å minne om at disse planene blir revurdert og korrigerert i forbindelse med de årlige budsjettframlegg for Stortinget. Regjeringen står fast på å gjennomføre planene i samsvar med Stortingets vedtak. Opptrappingsplanen for psykisk helse blir fulgt nøye opp, både gjennom årlige rapporteringer og gjennom et eget evalueringsoppdrag til Norges forskningsråd.

Justering av virkemidler vurderes jevnlig, med vekt på at helhetlige tjenestetilbud må utformes i samsvar med brukernes behov og på brukernes premisser. Tilbudene må baseres på mest mulig frivillighet og på et normalt liv for brukerne, og slik fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til mestring.

Når det gjelder Kreftplanen, ble utdanningskapasiteten for radiografer økt da behovet viste seg å være større enn opprinnelig antatt. Utredninger om digital mammografi og radiografutdanning er gjennomført, og det er jevnlig kontakt med fagmiljøer og helseregioner for å fange opp behovet for justeringer. Jeg sier ikke dette fordi alt er såre vel innen de områdene de to handlingsplanene dekker. Tvert imot er det nødvendigvis slik at når det er lagt opp til opptrappingsplaner over flere år for å nå et tilfredsstillende nivå, så vil man ikke nå dette nivået før planene er gjennomført. Men jeg mener altså at det er etablert gode oppfølgings- og rapporteringsrutiner for planene.

Komiteens flertall mener det bør vurderes å innføre graderte egenandeler for enkelte lavt prioriterte helsetjenester, og at moderat bruk av egenandeler ikke kommer i konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene. Etter mitt syn reiser komiteens flertall her viktige prinsipielle spørsmål i forhold til fordelingen av helsegoder i samfunnet. Som flertallet peker på, vil etterspørselen være nærmest ubegrenset når helsetjenester tilbys helt gratis av det offentlige. Vi vil derfor stå overfor et fordelingsproblem som både prinsipielt og i praksis er meget krevende.

Det er heldigvis bred enighet i vårt samfunn om at pris- og markedsmekanismen ikke er egnet til å løse dette problemet. Vi må derfor fortsette å utvikle egnede praktiske metoder for å administrere og fordele knappe helsegoder. Jeg oppfatter det etablerte system med egenandeler i helsesektoren verken som et uttrykk for markedsbasert prissetting eller som en beskatning av helsetjenester. Det bør imidlertid være et viktig signal til oss som vanlige brukere om at tjenestene ikke er helt gratis. Forutset-

ningen må samtidig være at systemet er kombinert med gode skjermingsordninger, både for kronikere og andre storforbrukere og for dem som av ulike årsaker er ute av stand til å betale egenandelene.

Det bør erkjennes at vårt system med egenandeler ikke er perfekt, og at det derfor bør være gjenstand for løpende vurdering. Det er heller ikke uten videre åpenbart at bruken av egenandeler ikke kan komme i konflikt med hensynet til likhet og rettferdig fordeling. Det kan i praksis også være vanskelig å fastlegge hva som skal komme inn under begrepet «lavt prioriterte helsetjenester». Jeg vil be Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet om en nærmere vurdering av disse spørsmålene.

Regjeringen blir i forslaget til vedtak bedt om å redegjøre for status og fremdrift for opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus. Jeg har merket meg komiteens argumenter for slike komiteer, og vil komme tilbake til Stortinget med en redegjørelse for dette i forbindelse med statsbudsjettet for 2002.

Jeg har også merket meg at komiteens flertall ser positivt på et samarbeid mellom helsetjenesten og Kirken. Jeg har hatt møter med flere av Kirkens organer og i den forbindelse også fastlagt at det skal holdes årlige kontaktkonferanser mellom Kirken og departementet om hvordan en best kan møte utfordringene i helsetjenesten. Den første konferansen finner sted senere i år. Jeg vil samtidig legge stor vekt på utviklingen av kontakt og samarbeid med andre trossamfunn og med andre frivillige organisasjoner om tilsvarende spørsmål.

Regjeringen blir også bedt om å vurdere å opprette et geriatrisk forskningsprogram med hovedvekt på anvendt pasientnær forskning i regi av Norges forskningsråd. Jeg har også merket meg flertallets understrekning av betydningen av å videreføre Programmet for aldersforskning i Tromsø, og vil komme tilbake med en redegjørelse for disse spørsmålene i statsbudsjettet for 2002.

I det tredje forslaget i innstillingen blir Regjeringen bedt om å legge fram en stortingsmelding om alternativ medisin, med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling. Jeg mener det er god grunn til å styrke innsatsen innen alternativ medisin, bl.a. ved økt forskning og gjennom samarbeid med andre land. Jeg legger i denne forbindelse stor vekt på samarbeidet med Norges forskningsråd og med Nasjonalt kompetansesenter for alternativ medisin ved Universitetet i Tromsø. Også på dette området er det viktig at frivillige organisasjoner, brukere, erfaringer mv. trekkes aktivt inn i arbeidet. Det vil bli lagt vekt på dette i det videre arbeid med de spørsmål komiteen her tar opp.

Den store grad av enighet som fremkommer i komiteinnstillingen om verdigrunnlaget for helsetjenesten, er et godt fundament for nye helsereformer, og ligger også til grunn for Regjeringens forslag om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Helsepolitikkenes solidariske målsettinger skal opprettholdes og videreutvikles, og helsetjenesten skal fortsatt være under politisk styring og kontroll.

Komiteen legger til grunn at helsepolitikken skal bygge på respekt for menneskeverdet og sørge for en rettfer-

dig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgang til tjenestene og en styrket rettsstilling for den enkelte bruker. En videreføring av dette verdigrunnlaget forutsetter etter min vurdering også en videreføring av det ubegrensede offentlige ansvar for tilbudet av helsetjenester i samfunnet, med avgjørende vekt på offentlig eieransvar og finansiering. Innenfor rammen av et slikt ubegrenset offentlig ansvar er det viktig å utvikle et bedre og mer omfattende samspill med private aktører i helsesektoren. Dette skal skje uten at det innebærer noen kursendring i retning av privatisering av det offentlige helsevesen eller en markedsorientering hvor den enkeltes private kjøpekraft blir avgjørende for tilgangen til helsetjenestene.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Kristelig Folkeparti er glad for at Regjeringen stiller seg bak verdimeldingen som Bondevik-regjeringen fremmet. I meldingen blir det sterkt understreket at likeverd, omsorg og respekt for menneskeverdet er spesielt viktig når en skal gi hjelp til alvorlig syke og døende mennesker.

Kristelig Folkeparti vil være med og styrke og forbedre tjenesten for denne gruppen, slik at det kan legges til rette for at den enkelte skal få være mest mulig hjemme dersom en selv ønsker det.

Av erfaring vet en at dette kan være slitsomt for dem som står pasienten nærmest. I Mosjøen og Askim har en prøvd ut en modell som heter TERMIK. Den er knyttet til frivillighetssentralene, som holder kurs og skolerer frivillige. De frivillige avlaster pårørende som har døende personer boende hjemme. En oppgave kan f.eks. være at de sitter og våker hos den syke. De frivillige pleier ikke, de overtar ikke hjemmesykepleiens arbeid, men hjelper familien med mer praktisk arbeid. Erfaringene har vært gode. De pårørende får avlastning. Synes statsråden at dette er noe en bør videreutvikle?

Siden FN har utpekt 2001 til Frivillighetsåret, kunne det kanskje passe ekstra godt å støtte opp om frivillige organisasjoner i år.

Statsråd Tore Tønne: Jeg er kjent med den modellen som representanten Woie Duesund her viser til, og kjenner også til lignende eksempler innenfor hospicetjenesten og andre tiltak i regi av frivillige organisasjoner eller enkeltpersoner.

Jeg mener absolutt at dette er viktig for pleie og omsorg i en slutfase av livet, og mener også at det er modeller som vi bør stimulere til gjennom den offentlige helsepolitikken. Om det også kan markeres i forbindelse med den FN-markering som det her vises til, vil det være bra.

Sonja Irene Sjøli (H): Helseministeren sa at Regjeringen legger til grunn at befolkningen skal ha en likeverdig og god tilgang til helsetjenester når man har behov for det, uansett hvor man bor og uavhengig av personlig økonomi. Det synet deler resten av Stortinget også.

Men dette ser ikke ut til å gjelde for alle gravide og fødende, spesielt ikke i distriktene. Et oppslag i Aftenposten i går viser at kun et fåtall av norske kommuner gir gravide tilbud om den jordmortjeneste de etter loven har krav på. Konsekvensene for mange er for dårlig svangerskapsomsorg og mangelfull oppfølging av kvinner etter hjemkomst fra fødestue eller sykehus. Jeg vil hevde at kvaliteten på omsorgen ved livets begynnelse er like viktig som kvaliteten på omsorgen ved livets slutt. Dette handler også om en annen verdi, at brukernes egne synspunkter og valg må respekteres, og at den enkelte har krav på individuell behandling.

Kommunenes manglende vilje eller kanskje evne til å sørge for nødvendige jordmortjenester har ført til at flere jordmødre nå har etablert privat praksis. Det har jeg prinsipielt ikke noe imot hvis det offentlige hadde hatt ansvaret for å finansiere dette. Men de gravide må da selv betale for konsultasjonen, svangerskapskontroll, fødselsforberedelse og oppfølging etter fødselen. Denne situasjonen er ikke i tråd med Stortingets intensjon når det gjelder tilgang til gode helsetjenester, uavhengig av bosted og personlig økonomi. Konsekvensene er mange steder at de som har råd til det, kjøper jordmortjenester, mens de som ikke har råd, ikke får noe tilbud selv om de ønsker det og har behov for det. Hvordan mener helseministeren at dette harmoniserer med verdiene i helsetjenesten? Og hva vil helseministeren gjøre for å sikre en god jordmortjeneste i alle kommuner?

I november sa helseministeren her i Stortinget at jordmortjenesten tilfredsstillende de rimelige krav og framfor alt de intensjonene som ligger i lovgivningen. Mener helseministeren at dette gjelder fremdeles?

Statsråd Tore Tønne: Det er forskjeller i tilbudene innenfor norsk helsetjeneste. Det er en hel del forskjeller som jeg også har betegnet som helt uakseptable, og jeg mener også at staten til sjunde og sist har et ansvar for å gjøre noe med disse forskjellene. For øvrig er det også forskjeller som finner sted til tross for at tilbudet av de tjenester det her er snakk om, er underlagt lokal folkevalgt styring og kontroll. Jeg mener også at en slik lokal folkevalgt styring med helsetjenestene i seg selv ikke er noen garanti for likhet i tilbudene til alle som trenger dem.

Spørsmålet om forskjeller i jordmortjenesten, hvordan kvaliteten på den er rundt omkring i landet, har – som representanten Sjøli viser til – tidligere også vært oppe i denne sal. Jeg har understreket at det for det første er et kommunalt ansvar å sikre at disse tjenestene tilfredsstillende lovens krav. Jeg mener de jevnt over er gode og i samsvar med både lov og de prinsipper som ligger til grunn i verdimeldingen. Men jeg er fullstendig klar over at det er avvik fra dette som vi ikke kan betegne som akseptable. Det er noen områder der vi ikke har den nødvendige hjemmel til å pålegge en del av de ytelser som et stort antall kommuner gir, men som ikke alle gir. På andre områder er det trolig også en svakhet ved den prioritering som de enkelte kommuner legger til grunn, eventuelt med bakgrunn i deres økonomiske situasjon. Det er en oppgave å utbedre slike svakheter fremover.

John I. Alvheim (Frp): Det har igjen vært antydning fra denne talerstol i dag at den nye sykehusreformen skulle ha i seg nedleggelse av en rekke lokalsykehus. Jeg ber om at helseministeren nå avkrefter dette fra denne talerstol igjen.

Når det gjelder medisinsk forskning i vårt land, ligger vi ganske langt tilbake i forhold til mange andre europeiske land, ikke minst i forhold til våre skandinaviske naboland, hvor vi faktisk ligger på ca. halvparten av bevilgede forskningsmidler fra det offentlige når det gjelder både basisforskning og klinisk forskning. Vi har svært mye ugjort på forskningssiden. Det gjelder kreftforskning, det gjelder ikke minst gen- og bioteknologiforskning som kommer for fullt nå, der vi absolutt bør være med på topplan internasjonalt sett, det gjelder geriatri og rusmiddelmissbruk, og det gjelder mange andre ting.

Mitt spørsmål til helseministeren i den sammenheng er: Har denne regjeringen en opptrappingsplan når det gjelder å stille midler til rådighet for medisinsk forskning? Og kan helseministeren eventuelt si noe om en slik plan?

Statsråd Tore Tønne: For det første kan jeg nok en gang bekrefte at det ikke er noen – og jeg gjentar ikke noen – elementer i det forslaget til sykehusreform som vi nå arbeider med, og som vil bli fremmet for Stortinget om en drøy uke, som innebærer noe i retning av nedleggelse av verken lokalsykehus eller andre enheter innenfor norsk spesialisthelsetjeneste.

Når det gjelder representanten Alvheims spørsmål om forskning, så er det slik at Regjeringen arbeider etter en opptrappingsplan for forskningsinnsats generelt i Norge med sikte på at vi skal komme på det som er det gjennomsnittlige OECD-nivå for kombinasjon av offentlig og privat finansiert forskning. Det er det ene. Innenfor denne forskningsplanen ligger medisinsk forskning som et av fem prioriterte områder. Det er det Regjeringen arbeider etter, og det vi også skal gjennomføre i løpet av de nærmeste få år.

Ola D. Gløtvold (Sp): Folkehelsearbeidet er svært viktig og ligger i bunnen av det meste både når det gjelder forebyggende og behandlende helse. Det er nok å nevne stikkord som kommunale helsestasjoner, skolehelsetjeneste, sammenheng mellom rusmiddelmissbruk og folkehelse og de kostnader som i den sammenheng påføres helsevesenet videre oppover.

Sentrumsregjeringen hadde til hensikt å legge fram en egen stortingsmelding om folkehelsearbeidet våren 2001 – altså ved disse tider. Vi har nå fått signaler fra denne regjeringen og fra helseministeren om at de ikke vil legge fram en stortingsmelding, men komme med en handlingsplan for folkehelsearbeidet. Det er her bl.a. foretatt en stor offentlig utredning som var til høring våren 1999. I og med at folkehelsearbeidet er så viktig, vil jeg spørre helseministeren om han vil bidra til at Stortinget får anledning til å behandle en slik handlingsplan når den legges fram som en plan og ikke som en stortingsmelding.

Så var helseministeren inno­m egenandeler i sitt innlegg. For ikke så veldig lang tid siden ble det skapt en viss usikkerhet omkring helse­ministerens uttalelser når det gjaldt egendeler ved sykehusbehandling. Jeg har lyst til å få en avklaring når det gjelder det spørsmålet og de utsagn som verserte i media om dette med framtidige tanker omkring egenandeler og en eventuell egenandel ved sykehusbehandling.

Og så til slutt: Brukerorganisasjonene og dette med brukermedvirkning ble også nevnt. Og jeg har da lyst til å spørre helseministeren om han er fornøyd med det opplegg som han selv hadde når det gjaldt høringen i forbindelse med statens overtakelse av sykehusene, og nettopp brukerorganisasjonenes muligheter til å influere på den høringsrunden.

Statsråd Tore Tønne: Representanten Gløtvold stilte tre konkrete spørsmål.

Når det gjelder folkehelsearbeidet, har jeg merket meg at mindretallet helst ser at det blir utarbeidet en melding i tråd med forslaget i verdimeldingen. Når jeg har gått inn for en nasjonal handlingsplan på dette feltet, er det fordi jeg, i likhet med komiteen, mener at dette er et arbeid som bør styrkes, og at det haster med å realisere intensjonene som ligger i meldingen når det gjelder dette punktet. Derfor mener jeg at det nå er mer hensiktsmessig å gå rett på sak, men Stortinget vil i alle tilfelle bli holdt orientert om innhold og satsinger i denne planen, dels i forbindelse med eventuelle forslag til bevilgninger og dels i lovproposisjoner, dersom planen skulle foranledige det.

Når det gjelder egenandeler, tok jeg opp det i mitt innlegg fordi jeg mener komiteens flertall her trekker fram en meget viktig og vesentlig problemstilling knyttet til vår framtidige helsepolitikk. Jeg ser fram til å få drøftet det videre, som jeg nevnte, både i forhold til Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet og selvsagt også i forhold til de framlegg som er egnet for slik drøfting i Stortinget.

Når det gjelder medieoppslagene for en tid tilbake, har ikke de grunnlag i noen planer om innføring av egenandeler ved sykehusinnleggelser.

Når det gjelder brukerinnflytelsen, er jeg stort sett fornøyd med den prosess vi hadde i høringsrunden. Der skjedde det noen utilsiktede utelatelser av brukerorganisasjoner, men de ble fanget opp senere, slik at vi også har fått uttalelser fra disse. Og jeg mener at vi også vil ta vel hensyn til de uttalelser som gjennom høringsrunden er kommet fra brukerorganisasjonene.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg bad om replikk på bakgrunn av det statsråd Tønne svarte i forhold til det med sykehusreformen og muligheten for nedleggelse av sykehus. Det er vel ingen i denne salen som tror at statsråd Tønne kommer med en liste med forslag til nedleggelse av sykehus i forbindelse med reformforslaget. Spørsmålet blir jo, når man legger opp til en modell med foretak, altså hovedforetak og datterforetak, om man skal ha såkalte profesjonelle styrer. Kan statsråd Tønne si noe

om på hva slags måte man politisk vil kunne påvirke en prosess der eksempelvis hovedforetaket og styret til hovedforetaket tar initiativ til å redusere antall sykehus?

I Nordland er det syv sykehus, og det kan jo hende at en ut fra rene lønnsomhetsbetraktninger finner at det vil være for mange sykehus – man ønsker å drive med overskudd. Det vil, så vidt jeg forstår, også være slik at selve finansieringsmodellen skal bestemmes via statsråden og ikke Stortinget.

Kan statsråden da forklare på hva slags måte man i de politiske miljøene vil kunne forhindre at styrene tar initiativ til reduksjon av antall sykehus, hvis de initiativene måtte komme fra styrene knyttet opp mot foretaksmodellen?

Statsråd Tore Tønne: Dette er spørsmål som vil bli lagt fram for drøfting i Stortinget i forbindelse med den odelstingsproposisjonen som nå er under utarbeidelse, og som planlegges fremlagt i slutten av neste uke. Det vil da bli god anledning for Stortinget til å komme tilbake til disse spørsmålene. Men jeg vil i hvert fall kunne si, uten å forutskikke innholdet i denne, at den type spørsmål det her er snakk om, uansett vil være spørsmål av en slik viktighet og av en slik betydning at det ikke vil være aktuelt å gjennomføre dette uten at de politiske organer, som også vil være en del av de endelige beslutningsprosesser innenfor helsevesenet etter den nye modellen, vil være involvert.

Jeg mener derfor at det vil være god trygghet for at dette ikke er beslutninger som kan fattes ut fra ledelsens eller styrets vurderinger av f.eks. lønnsomhetsforhold i foretakene. Det mener jeg er det viktigste å fastslå nå, men, som sagt, dette vil man komme tilbake til når man skal behandle den proposisjonen som fremlegges.

Siden representanten Ballo bruker betegnelsen «profesjonelle styrer» i denne sammenheng, vil jeg understreke at det er et begrep som ikke er brukt i det høringsdokument som er sendt ut, og som jeg heller ikke tror vil bli brukt i den proposisjon som legges fram for Stortinget. Det er vel heller andre som legger noe odiøst i denne type betegnelser, og gjerne tillegger oss at vi arbeider med det. Det er altså ikke noe forslag i den retning fra min side. Det betyr ikke at vi ikke legger opp til at det skal være meget kompetente, dyktige og bredt sammensatte styrer for helseforetakene.

Presidenten: Da er replikkordskiftet omme.

Valgerd Svarstad Haugland (KrF): Å få ei eiga stortingsmelding om verdier for den norske helsetenesta er i seg sjølv viktig. Det å fokusera på kva for verdier vi set i høgsetet når vi ynskjer å leggja til rette for gode helse­tenester for alle i landet vårt, får oss som politikarar til å tenkja igjennom kva for prioriteringar som er viktigast i forhold til dei tenestene vi ynskjer at innbyggerane skal få. Berre det i seg sjølv å byta ut ordet «helsevesen» med «helsetenester» er ei markering av eit verdigrunnlag. Vi har altfor lett for å bruka ord og uttrykk som set pasien­ten i feil fokus, ordet «teneste» har ein annan og betre valør enn ordet «vesen», iallfall etter mitt syn.

Målet med stortingsmeldinga er m.a. å drøfta og klårjere sentrale verdier knytte til planlegging, utbygging og drift av den norske helsetenesta. Eg er glad for at det er brei semje om dei overordna generelle verdiane og retningslinjene. Det er viktig at vi understrekar at alle i Noreg har krav på likeverdig og god tilgang til helsetenestene, og at alle skal ha tilgang til tenester med god kvalitet, utan omsyn til kvar ein bur og korleis den økonomiske situasjonen er. Denne meldinga ynskjer m.a. å fokusera på at utviklinga innanfor helsetenesta skal vera meir pasientorientert. Vi ynskjer sjølvsagt eit effektivt helse-tilbod, men det er viktig at vi set pasienten i fokus, slik at ikkje vårt ynskje om effektivitet går ut over den tenesta som vi tilbyr pasientane våre.

Vi veit at innsatsstyrt finansiering har ført til at langt fleire pasientar har fått behandling innanfor norsk helse-teneste, og det er bra. Men vi veit òg at denne ordninga kan føra til at ein fokuserer for mykje på kva for teneste som har best effektivitet for det enkelte sjukehus. Enkelte lidingar innanfor t.d. geriatri og psykiatri vil aldri passa heilt inn i eit ISF-system. I dag kan ein behandla langt fleire tilstandar enn det ein kunne for nokre få år sidan. Kor langt skal vi gå, kva skal vi tilby, og kva bør vi seia nei til – dette er alle viktige spørsmål, som krev ein grundig debatt. Gir vi like gode tilbod til kvinner som til menn? Vi veit at mannlege sjukdomstilfelle har blitt prioritert i veldig stor grad innanfor forskingsbiten. Korleis skal vi få fokus på ein del av dei kvinnedominerte sjukdomstilfella? Dette og meir til blir vi ikkje ferdige med å debattera gjennom handsaminga av denne stortingsmeldinga. Vi har som politikarar ikkje klart å gjera skikkelege prioriteringar.

Andre område som Kristeleg Folkeparti vil fokusera på, er helsetilbod ved livets byrjing og ved livets slutt. Vi har i dei seinare åra heldigvis fått nye avdelingar der ein gir omsorg ved livets slutt. Debatten om aktiv dødshjelp må møtast med korleis vi skal leggja til rette for livshjelp mot livets slutt, og eg er glad for at det er stor semje om det. Å tilby aktiv dødshjelp er i alle fall ikkje svaret på desse store utfordringane. Helsetenestene skal fokusera på å lækja og lindra sjukdommar, ikkje på korleis livet skal kortast av.

Helseministeren sitt høyringsutkast i forhold til kven som skal eiga sjukehusa, har eg òg lyst til å kommentera. Eg trur ikkje pasientane er opptatt av kven som står som eigar av sjukehusa våre, men dei er veldig opptatt av det tilbodet som sjukehusa og helsetenestene kan tilby dei. Difor blir dette ei svært viktig reform. Det er sagt frå regjeringshald at dette er ei av dei største helsepolitiske reformene vi har hatt på lang tid. Då blir det noko underleg at dette skal pressast gjennom i rekordfart. Ti år tok det frå fastlegeordninga fyrst var på dagsordenen til gjennomføringa var ein realitet. Reforma som helseministeren er ansvarleg for, er ikkje ei mindre reform enn det fastlegeordninga var, men høyringsfristen er sett til seks veker, og heile reforma skal gjennomførast på rekordtid. Vi treng ikkje bruka ti år, det er ikkje det eg meiner, men eg er uroleg i forhold til det tempoet som statsråd Tønne har lagt opp til.

Eg reagerer òg på at i høyringsutkastet er pasientane meir eller mindre blitt gjort om til kundar. Det er ikkje snakk om tenester lenger, det er snakk om kjøp og sal – ein diskuterer marknaden – og på mange måtar har eg ei kjensle av at pasientane og helsetenestene blir styrte av økonomiske rammer og målsettingar, marknadsstrategi, og at ein blir meir opptatt av inntening enn av kvalitet. Det er freistande å nemna at ein i dei landa som har gjennomført ei sjukehusreform som liknar på denne, f.eks. Storbritannia og New Zealand, ikkje har einssidig positive erfaringar, kanskje heller tvert om. Det blir sagt at ein der har fått eit dyrare helsetilbod, kanskje meir administrasjon og lengre køar. Vi burde lært av erfaringane derfrå.

Heilt til slutt vil eg òg streka under at det er viktig korleis pasientar som treng hjelp frå norske helsetenester, blir tatt imot og sett. Det er mange som har gitt uttrykk for erfaringane sine og den maktesløysa dei har kjent i møte med helsetenesta, og det er ikkje sjeldan vi høyrer slike hjertesukk. Eg vil ikkje gå til åtak på dei som jobbar innanfor helsetenesta, men eg har observert at dei òg har tatt denne debatten på alvor. Som det står i meldinga, viser slike erfaringar oss at «verdigrunlaget for helsetenesta står si prøve i møtet mellom den einskilde pasienten og helsearbeidaren». Dette må vi halda fram og fokusera på også etter at denne meldinga er ferdighandsama.

Presidenten: De talere som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Det er viktig at vi som er folkevalgte, diskuterer hvilke verdier som skal prege den norske helsetjenesten i tiden fremover. Enda viktigere er det at dette blir praktisert slik at hver enkelt person føler at de har en egenverdi.

For Kristelig Folkeparti er dette spesielt viktig i livets slutfase. Det er uverdigg å la døende personer ligge alene bak et skjerm Brett i korridoren eller putte dem inn i et baderom på grunn av plassmangel.

I programserien «Brutte løfter» fikk vi sist uke høre om hvordan en dødssyk kvinne fra Arendal opplevde mangel på ro og omsorg. I Agderposten, under overskriften «Stuet bort for å dø», forteller en pårørende om pleiernes mangel på omsorg og innsikt. Slik skal det ikke være! Derfor er jeg glad for at verdimeldingen så sterkt retter fokus på at det trengs oppbygging av kompetanse. Det er viktig å styrke kunnskapen om god smerte- og symtomlindring. Like viktig er det at helsepersonell våger å være nær i lidelsen.

Kristelig Folkeparti støtter at det opprettes akademiske stillinger ved universitetet. Klinisk forskning og egne forskningsprogram er viktig innenfor diagnose og behandling av alvorlig syke og døende mennesker. Mer bevisstgjøring og kunnskap øker kvaliteten i helsetjenesten og gjør helsepersonell tryggere på hvordan de skal møte behovet for trygghet og verdighet ved livets slutt.

Jeg er glad for at alle partier i debatten i dag så sterkt lover å bedre tilbudet til de mest sårbare og svake pasientgrupper vi har.

I denne stortingsperioden har det vært fremmet et Dokument nr. 8-forslag om aktiv dødshjelp. Det kom like etter at dr. Christian Sandsdalen gav en 45-årig kvinne en «siste sprøyte». I Nederland går liberaliseringen videre. Jeg er glad for at tidligere helseminister Høybråten satte ned et livshjelpsutvalg som et motstøt mot de krefter som vil åpne for å gi aktiv dødshjelp.

Hospicemodellen bør videreutvikles. Kristelig Folkeparti mener at den hjelp samfunnet skal gi, først og fremst må være en livshjelp med kvalitativ god smertelindring, omsorg og fellesskap i livets slutfase.

Gunhild Øyangen (A): Jeg ønsker å kommentere representanten Are Næss' innlegg. Han hevdet at den varslede sykehusreformen vil frata pasientene innflytelse over sykehusene. Det synes jeg var en ganske drøy påstand. Det er ikke mitt inntrykk at pasientene i dag synes de har en betydelig innflytelse over sykehuspolitikken. Tvert imot, det inntrykket en sitter igjen med, er at pasientene ofte føler seg ganske så hjelpeløse.

Det som har mest betydning og er viktig for pasientene, er at tilbudene er der for alle når en trenger det. Og da dreier det seg, som vi vet, om penger, organisering og om de kunnskapene som sykehuset rår over.

Jeg kan ikke si at dagens system er en god modell, verken organisatorisk eller finansielt. For det første har vi delt politisk ansvar, og vi har jo her i Stortinget opplevd mange ganger at statsråden og departementet har sin oppfatning av finansieringen, og fylkespolitikkerne har en helt annen oppfatning. Og hvem er det som har ansvaret for at pasientene får behandling i dag?

Vi har også en delt finansieringsmodell i dag, med 50 pst. statlig finansiering gjennom ISF-ordningen, som er en overslagsbevilgning, og som stadig har økt, og så skal fylkene spe på med 50 pst. Mange fylkespolitikere klager over at det etter hvert har tatt større andel av deres samlede inntekter på bekostning av andre viktige oppgaver som fylkeskommunen skal utføre. Og det er jo ganske nær politisk historie, da sentrum hadde regjering, og vi hadde delegasjoner på delegasjoner, særlig fra region-sykehusene, som kom og klaget på uenighet om hvordan prisingen av tjenestene skulle utføres, om hva som var de økonomiske behov ved sykehusene osv. – en ganske uholdbar situasjon for Stortinget, slik det også ble gitt uttrykk for i innstillinger fra sosialkomiteen. Så det er den nære historie som vi også må forholde oss til. Og på bakgrunn av den historien, som vi alle er en del av, og som vi alle har vært igjennom ganske nylig, vil jeg oppfordre sentrum til å utvise en mer konstruktiv holdning når den varslede sykehusreformen kommer til behandling i Stortinget. Sentrum har ikke hatt for vane å sitte på sidelinjen og rope i helsepolitikken. De har vært med og tatt ansvar, og det håper jeg også de kan gjøre når vi skal behandle den største saken på lang tid for norske pasienter.

Are Næss (KrF): Først til den teologiske delen av representanten Alvheims innlegg. I nær 2000 år har kristenheten sett på lignelsen om den barmhjertige samaritan

som et bilde på Jesu omsorg for menneskene og som et forbilde på vår holdning til vår neste. I samtiden var det for øvrig en sensasjon at Jesus her brukte en fremmedkulturell som forbilde. Men nå får vi altså høre at ligningen egentlig er et innlegg i debatten om finansiering av helsetjenestene. Det er kanskje en teologisk nyvinning, men for meg blir det litt fattigslig i forhold til det denne lignelsen har betydd både historisk og personlig.

Så er både representanten Alvheim og nå sist representanten Øyangen uenig i min beskrivelse av den planlagte sykehusreformen, og stiller spørsmål om hvordan det egentlig står til med pasientens innflytelse i dag. Ja, det er et godt spørsmål, det innrømmer jeg, men jeg ser ingenting så langt i forslaget om statlig eierskap av spesialhelsetjenesten som tyder på at det vil føre til økt pasientinnflytelse. Det eneste folkevalgte organ som får en funksjon i denne modellen, er Stortinget. Og jeg mener det er helt illusorisk å tro at Stortinget kan ivareta pasientenes interesser i den grad som dagens politikere på fylkes- og regionsnivå har mulighet til med deres større nærhet til pasienten og sykehusene. Om de gjør det, kan jo være en annen sak. Dagens system er ikke perfekt, men vi har vedtatt nye tilknytningsformer for sykehusene – en meny som tidligere helseminister Høybråten la fram, som er blitt godt mottatt, og som har gitt større muligheter for fristilling i forhold til sykehusene. Helseregionene har etter mitt skjønn vist at de kan samarbeide både politisk og faglig, og jeg mener at vi her har et godt grunnlag for å bygge videre.

Så refererte representanten Øyangen til uenighet om sykehusøkonomien. Ja, det har vi sannelig hatt. Men det var jo nettopp derfor statsråd Høybråten i sin tid nedsatte et utvalg som kunne gi oss en konsensus om den økonomiske situasjonen for sykehusene, og som sosialkomiteen har vedtatt skal videreføre et slikt arbeid, slik at komiteen kan ha et konsensusgrunnlag for vurdering av sykehusøkonomien. Så disse forholdene nødvendiggjør på ingen måte en statlig overtakelse av sykehusene.

Ola D. Gløtvold (Sp): Statlig eierskap eller ei – det får vi vel anledning til å diskutere ganske grundig framover i vårsesjonen, så det skal jeg ikke si så veldig mye om nå. Men jeg har lyst til å si at det er jo visse momenter her som ikke er uvesentlige, og som bl.a. representanten Næss tok opp i sitt innlegg. Jeg hadde vel en tilnærming som gikk mer på hva vi bør prioritere, og at vi må bruke tid og ressurser i forhold til tid framfor bare å se på strukturrasjonalisering og effektivisering. Og når det gjelder dette med medvirkning, er det et viktig moment at kanskje folkestyre, i hvert fall indirekte, vil føre til en pasientmedvirkning som vil bli dårligere med den modellen som er skissert, og at vi da som alternativ får mer foretaksmodell og embetsverkstyring.

Vi skal være med og ta ansvar, men å ta ansvar betyr ikke at vi nødvendigvis skal være enige med Arbeiderpartiet i denne saken. Men ansvar skal vi ta, og jeg tror også at vi faktisk er enige med en stor del av Arbeiderpartiets velgere og tillitsrepresentanter på grasrota. Uttaleser før landsmøtet tydde i hvert fall på det.

Så har jeg lyst til å gå litt tilbake til meldingen og innstillingen. Det er grunn til å understreke at bl.a. psykiatri, geriatri, rehabilitering og smertelindrende behandling må få en høyere status enn det har i dag, og opprioriteres bl.a. gjennom forskning og kunnskap, hvis vi mener at vi skal høyne kvaliteten innenfor helsetjenestene våre. Som saksordfører for innstillingen til St.meld. nr. 28 for 1999-2000, Omsorg 2000, er jeg også glad for at den helsemessige delen av eldreomsorgen blir tatt opp og behandlet i forbindelse med denne stortingsmeldingen. Det er viktig at forskningsinnsatsen innen geriatri blir styrket med tanke på å forbedre diagnostikk og behandling og for å få flere til å gå inn i arbeidet med eldre og eldres helse, bl.a. trengs det langt flere leger innenfor dette området, noe som også tas opp i innstillingen.

Det er viktig å styrke omsorgen for døende og de som er uhelbredelig syke, og samtidig øke kunnskap og tilrettelegging når det gjelder tilbudet om smertelindring. Jeg håper at helseministeren merker seg det som står i innstillingen, og at han kan komme tilbake med økt innsats på disse områdene allerede i statsbudsjettet til høsten.

Vi vil også understreke behovet for å få framlagt en stortingsmelding når det gjelder alternativ medisin, med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling, og jeg håper at vi nå kan få en avklaring her og rettmessig plassering av alternativ medisin i norsk helsevesen.

For øvrig mener vi at et godt utbygd helsetilbud er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å oppnå god allmennhelse i befolkningen. Forebyggende tiltak er veldig viktig. I den sammenheng er folkehelsearbeid veldig sentralt, og jeg håper at vi kan få hånden på rattet litt mer enn det helseministeren lovet i replikkordskiftet her.

Statsråd Tore Tønne: Jeg vil bare knytte noen bemerkninger til det stadig tilbakevendende tema om forslaget om statlig overtakelse av sykehus. Jeg vil igjen understreke at det vil bli god anledning til å drøfte i tiden fremover.

For det første vil jeg replisere til representanten Svarstad Haugland at ti års behandlingstid for fastlegereformen, som er en så vidt viktig reform, neppe kan fremstå som noe mønster for tidsplan og tempo for gjennomføringen av helsepolitiske reformer eller for den saks skyld andre reformer i samfunnet. Jeg mener at alle forhold tatt i betraktning må en fullt forsvarlig, men rask gjennomføring av denne type reformer være å foretrekke for alle parter fremfor en uthaling i tid f.eks. over flere år, med den usikkerhet og uklarhet om fremtidig organisering som det vil medføre.

For øvrig finner jeg ikke grunnlag for i noe av det som så langt er fremlagt i denne saken, f.eks. i vårt høringsdokument, at det nå legges opp til alminnelig kjøp og salg av viktige helsetjenester, at inntjening vil ha høyere prioritet enn kvalitet osv., ei heller at det ikke er lagt vekt på eller tatt hensyn til de erfaringer som er gjort i andre land, f.eks. i Storbritannia og New Zealand, med reformer i sykehussektoren. Det er nettopp det vi har gjort, og det er også derfor vi fremmer forslag som avviker fra de reformer som der er gjennomført.

Det andre jeg bare vil kommentere litt, er at jeg er noe forundret over at det i denne sal blir gitt mye uttrykk for mangel på folkevalgt styring med helsetjenesten. Det er jo nettopp her i Stortinget at den overordnede styring av helsetjenestene og utviklingen av dem skal ligge, og det vil det i enda større grad bli lagt opp til gjennom den reformen som vi nå forbereder. Dette gjelder også f.eks. brukerstyring, som jeg også må medgi ikke på noen måte er sjenerende innenfor dagens system. I det system som vi legger opp til, vil jo Stortinget kunne forlange at det er en brukermedvirkning i sykehusene og i styringen av dem. Hvis så ikke skjer, vil Stortinget kunne stille en helseminister til ansvar for det. Det er jo ikke tilfellet når det gjelder den indirekte styring eller innflytelse som man har i dag. Man kan ikke stille f.eks. et fylkesting til ansvar for det. Uten at jeg skal blande meg opp i den teologiske diskusjonen, er det vel da mer snakk om å tale i lignelser for å fremme de interesser man har, enn hva tilfellet vil være med den direkte tale som et storting alltid vil kunne ha i forhold til den ansvarlige statsråd.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 2. (Votering, se side 2411)

S a k n r . 3

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentant John I. Alvheim om dekning av kostnader til hjemmebasert dialyse som behandling for kronisk nyresvikt (Innst. S. nr. 161 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:21 (2000-2001))

Ola D. Gløtvold (Sp) (ordfører for saken): Som saksordfører for denne saken, i hvert fall på ett tidspunkt i saksbehandlingen, skal jeg knytte noen merknader til den.

Dette er en sak hvor det foreligger en enstemmig innstilling, og hvor forslagsstillerens synspunkt fullt og helt deles av komiteen når det gjelder fordelene med hjemmebasert dialyse, eller peritoneal dialyse som det også kalles.

Det er mellom 100 og 150 pasienter som får slik behandling i Norge pr. år, og det utgjør på landsbasis ca. 17 pst. av alle dialysepasienter. Ved enkelte sykehus er denne behandlingen gitt til ca. 50 pst. av dialysepasientene.

Vi har hatt gode innspill, bl.a. fra lederen for Norsk nyremedisinsk forening, professor Trond Jenssen, som understreker at denne behandlingsformen er det eneste alternativet for en del av dem som har kronisk nyresvikt, og det bidrar til at pasienter med lang reiseavstand kan behandles hjemme og slippe den meget belastende og dyre transporten til og fra sykehus. Det er også slik at en del av disse pasientene med slik behandling kan være hjemme og i fullt arbeid. De kan også ha en mye større mobilitet med hensyn til f.eks. reiser og i sammenheng med ferie og fritid.

Fordelen er bl.a. at pasientens livskvalitet øker betydelig, og at pasienter i yrkesaktiv alder kan være i arbeid. De lange og belastende reisene unngås, og en sparer stort

på reiseutgiftene, som trygdeverket refunderer. Denne dialyseformen avlastar også sykehusenes hemodialyseavdelinger, som allerede er sprengt ved mange sykehus, og som har en reell underkapasitet i forhold til dagens dialysebehov.

Vi mener at tiden er overmoden for å følge opp det forslaget som representanten Alvheim her legger fram. Videre mener vi at departementet bør se på DRG-systemet når det gjelder disse pasientgruppene, og da tenker jeg både på dem som får hjemmedialyse, og på dem som har hemodialyse på sykehus, slik at en får en skikkelig ordning med hensyn til økonomien, og at en både ser på den tiden disse hjemmedialysepasientene har behov for å ligge inne på sykehus i starten av behandlingen, og de kontrollturer som må gjøres til sykehuset i løpet av behandlingsperioden.

Vi håper at departementet ved helseministeren ser på disse tingene snart, og at det blir gitt åpning for at dette er kostnader som skal dekkes over trygdebudsjettet. Det bes også om at en gjennomgår og utbedrer DRG-systemet.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Kristelig Folkeparti vil gi honnør til forslagsstilleren som har tatt opp denne viktige saken for alle som lider av kronisk nyresvikt.

For 25 år siden var det kun Rikshospitalet som hadde tilbud til denne pasientgruppen. Det sier seg selv at reiseradiusen til pasienter med kronisk nyresvikt var svært begrenset. Senere ble flere sykehus i stand til å gi dialysebehandling. En nordisk avtale gjorde det mulig for pasientene å få behandling ved sykehus i de nordiske hovedsteder.

Det er et stort framskritt for pasientene at det nå gis mulighet for hjemmebasert dialyse etter et sykehusopphold på et par uker for utprøving og opplæring.

Fra Norsk nyremedisinsk forening opplyses det at for dialysepasienter som også har hjerteplager/hjertesvikt eller diabetes, er behandlingen med posedialyse den mest skånsomme og medisinske beste. Kristelig Folkeparti vil at alle som ønsker det, skal få være i sine hjem så lenge som mulig. Denne behandlingen gir store muligheter til dette. Personer uten tilleggsdiagnoser vil kunne være i arbeid uten å måtte ha fri for å reise til behandling på sykehus. Det er en stor fordel å slippe lange reiser til nærmeste sykehus som gir hemodialyse. Det er både slitsomt og tidkrevende.

Kristelig Folkeparti støtter forslaget om at Regjeringen snarest mulig gir Rikstrygdeverket hjemmel til å dekke kostnadene til dialysevæske og forbruksvarer ved hjemmebasert posedialyse over trygdebudsjettet. Vi støtter også forslaget om å utbedre DRG-systemet for dialysebehandling i den tiden pasienten må være på sykehuset til opplæring eller kontroll.

Kristelig Folkeparti tror at dagens vedtak kan føre til at en får frigjort kapasitet ved hemodialyseavdelingene, men mest av alt støtter vi Dokument nr. 8-forslaget fordi det vil øke livskvaliteten til pasienter med kronisk nyresvikt.

L o d v e S o l h o l m hadde her overteke presidentplassen.

John I. Alvheim (Frp) (komiteens leder): Den foreliggende innstilling er en gladmelding til en mindre gruppe pasienter med alvorlig nyresykdom. Dette er i høyeste grad også en sak som går på menneskeverdet og verdier løs. Siden 1999 har det vært mulig for alvorlig kroniske nyrepasienter som trenger dialyse, å få gjort dette hjemme, såkalt peritoneal dialyse, også kalt hjemmedialyse. Til tross for at denne muligheten har vært til stede siden 1999, har svært få pasienter benyttet seg av dette, fordi sykehusene eller fylkeskommunene som sykehuseiere er belastet kostnadene med hjemmedialyse uten å få refundert disse kostnadene noe sted.

De fleste dialysepasienter har vært sendt til sykehusenes poliklinikker for dialyse og dagbehandling, og sykehusene har da fått betalt gjennom DRG.

De fleste pasienter med alvorlig nyresvikt trenger dialyse to-tre ganger i uken og mer, og mange har svært lange reiser til og fra sykehusene for å få tatt denne behandlingen. Dette er slitsomt, og det vanskeliggjør et normalt yrkes- og familieliv for de aller fleste. Det har ført til redusert livskvalitet og særlig for dem som bor langt unna sykehusene, har denne behandlingen virket både mentalt og fysisk slitsomt, med lange reiser i drosje.

Kostnadene for en dialyse er anslått til ca. 250 000 kr i snitt, og kostnadene er de samme enten man utfører dialysen i eget hjem eller ved sykehus. Kostnadene for fylkeskommunene eller sykehuset blir altså 250 000 kr også for hjemmedialyse som sykehuset ikke får refundert, mens sykehuset får en DRG for egne pasienter. Totalt sett dreier det seg om ca. 300-350 pasienter på landsplanet, noe som totalt vil gi en kostnad på mellom 25 og 50 mill. kr i året.

Presset på de medisinske avdelingene som ofte foretar denne dialysen på egne dialyseavsnitt ved de større sykehusene, er ganske stort. Dette presset vil kunne avta betydelig hvis en fikk en ordning hvor Rikstrygdeverket gikk inn og betalte dialysekostnadene fullt ut, slik det er lagt opp til i forslaget. Det er nettopp dette man har bedt om i den foreliggende innstilling, som en enstemmig komite har sluttet seg til.

Jeg er godt tilfreds med at komiteen har forstått problematikken i forhold til dialysepasientene og sett forslaget om at Rikstrygdeverket nå går inn og dekker utgiftene til hjemmedialyse, som en praktisk og god samfunnsøkonomisk ordning.

I forhold til pasientene vil hjemmedialyse, som allerede nevnt, gi en betydelig bedre livskvalitet for den enkelte, og svært mange kan opprettholde sitt yrkesaktive liv ved bruk av hjemmedialyse, noe som for de aller fleste var vanskelig før, da man måtte reise til sykehus.

Jeg finner også grunn til å takke Telemark sentralsykehus for at de sammen med Norsk urologisk forening gjorde meg oppmerksom på denne problematikken, som nå har funnet sin lykkelige løsning. Det er dessverre slik at selv sentrale helsepolitikere ikke til enhver tid kan ha full oversikt over ulike tungvinte og uhensiktsmessige

ordninger i vårt helsevesen, og vi er derfor helt avhengige av å få innspill både når det gjelder flaskehalsen i helsevesenet og ting som med enkle grep kan gjøres bedre for pasientene.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 3. (Votering, sjå side 2411)

S a k n r . 4

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Are Næss, John I. Alvheim, Marit Tingelstad og Odd Einar Dørum vedrørende ny forskrift til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd (Innst. S. nr. 170 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:28 (2000-2001))

Reidun Gravdahl (A) (ordfører for saken): Til behandling foreligger Dokument nr. 8:28 fra representantene Næss, Alvheim, Tingelstad og Dørum vedrørende ny forskrift til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd. Forslagsstillerne viser til høringsutkast av 5. mai 2000. Forslagsstillerne mener forslaget har møtt til dels sterke reaksjoner, og at det er en uthuling av loven når det gjelder foreldrenes informasjonsrett og helsepersonells reservasjonsrett.

En samlet komite viser til at foreldre vanligvis gis anledning til å uttale seg dersom den gravide er under 16 år eller psykisk utviklingshemmet. Unntak kan forekomme dersom særlige grunner taler imot.

Komiteens flertall, som består av Arbeiderpartiet, Høyre og SV, viser til at abortloven er en spesiallov og derved går foran den mer generelle hovedregelen i pasientrettighetsloven. I enkelttilfeller kan det være svært god grunn til at foreldrene *ikke* skal informeres.

Det vil være naturlig å vurdere modenheten hos den abortsøkende. Det kan være dype konflikter mellom henne og foreldrene, eller sågar alvorlige motsetningsforhold med utgangspunkt i religion og i holdninger til prevensjon. Det kan også dreie seg om mishandlingssaker. Helseministeren uttaler i sitt brev datert 20. februar at han tar sikte på å tilføye «alvorlige» konflikter i merkna den for å tydeliggjøre hva som menes med unntak. Dette er flertallet tilfreds med.

Når det gjelder helsepersonells reservasjonsrett, vil alle, uten Arbeiderpartiet, innskjerpe denne. Flertallet vil nok redegjøre for dette synspunktet selv, så jeg vil nå redegjøre for Arbeiderpartiets syn.

Arbeiderpartiet mener at reservasjonsretten gjelder for dem som utfører eller assisterer ved selve abortinngrepet. Helsepersonell som gir kvinnen stell og pleie før og etter inngrepet, har ifølge dagens lov ikke adgang til å reservere seg.

Da St.meld. nr. 16 for 1995-96 om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd ble behandlet, var det svært få som benyttet seg av reservasjonsretten, og flertallet konkluderte med at det derfor ikke var grunn til å endre loven på dette punktet. Men enkelte kommuneleger hadde påberopt seg reservasjonsrett både ved forskrivning av

prevensjon og ved anmodning om svangerskapsavbrudd. Flertallet sa den gang klart ifra at det kun var det helsepersonell som etter loven hadde en slik rett, som kunne reservere seg, og bad Helsetilsynet følge opp med nødvendig kontroll.

Det er stort sett jordmødre eller sykepleiere som deler ut medikamentet. Men det er kvinnen selv som setter i gang svangerskapsavbruddet når hun spiser pillen. Det kan umulig være en direkte handling å holde fram en dosett med et medikament i – et medikament som kvinnen selv velger å innta, noe hun har rett til etter loven! I høringsrunden har også Sykepleierforbundet sluttet seg til denne presiseringen av reservasjonsretten. Men flertallet i denne sal aksepterer ikke dette.

Er det slik at det for noen faktisk er et ønske om å gjøre det verst mulig for kvinnen? Skal det være vanskeligst mulig å få gjennomført et svangerskapsavbrudd som en kvinne har lovmessig rett til? Jeg vil advare mot en utvikling som vanskeliggjør en profesjonell gjennomføring av abort. Det var før i tiden mange tragiske, amatørmessige utførte aborter med fare for kvinnens liv og helse. Den tiden vil vi ikke ha tilbake! Vi slår ring om abortloven og vil ivareta kvinnens helse på en forsvarlig måte når hun er i den fortvilte situasjon at hun vil ha abort.

Vi mener at reservasjonsretten er ivaretatt i tråd med loven i de nye forskriftene. Legen som skriver ut abortpilleren, kan reservere seg. Legen er medisinsk ansvarlig, og bare dette er aktiv handling. Utdeling av medikamentet må likestilles med pleie før inngrepet.

Kvinner i distriktene må ha like stor rett som kvinner i byene til å få utført abort. Det er de som bor på landsbygda, som i vesentlig grad vil rammes ved denne utvidede reservasjonsretten, fordi det er der mangelen på helsepersonell er størst.

Så vil jeg til slutt ta opp forslaget som er fremmet av Arbeiderpartiet.

Presidenten: Reidun Gravdahl har teke opp det forslaget hun refererte til.

Are Næss (KrF): Bakgrunnen for det forslag vi nå behandler, er de nye forskrifter til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd som ble sendt ut til høring i mai 2000.

Det var to forhold som det ble reagert på. Det ene var at det kunne virke som forskriftene innskrenket foreldrenes informasjonsrett ved svangerskapsavbrudd hos gravide under 16 år. Det andre var at retten for helsepersonell til å reservere seg mot å utføre eller assistere ved abortinngrep ikke skulle gjelde når svangerskapsavbruddet utføres ved hjelp av medikamenter og kvinnen selv inntar medikamentene.

Når det gjelder foreldres informasjonsrett, har helseministeren i brev til komiteen presisert at en endring av gjeldende retningslinjer for foreldres rett til informasjon ikke er tilsiktet.

I merknad til § 5 i forskriftsutkastet heter det at dersom det «vil kunne skape konflikter mellom kvinnen og foreldrene», bør hennes ønske om at foreldrene ikke skal

få uttale seg, respekteres. Denne formuleringen var en del av begrunnelsen for at dette Dokument nr. 8-forslaget ble fremmet.

Helseministeren har i sitt brev sagt han tar sikte på at det i den endelige forskriftsmerknaad skal hete «alvorlige konflikter», og jeg ser dette som en klar forbedring.

Abort hos mindreårige er alvorlig, og kan være uttrykk for sosiale og/eller psykiske problemer som bør løses i en familiesammenheng, noe som da krever at foreldrene er informert og involvert.

Bruk av medikamentelt indusert abort, den såkalte abortpillen, har gjort det nødvendig med nye forskrifter når det gjelder helsepersonells reservasjonsrett. Det opprinnelige utkast til forskrifter gav ikke klart nok uttrykk for at legers reservasjonsrett også skal gjelde forskrivning av abortpillen. Helseministeren sier i brev til komiteén at reservasjonsretten også skal gjelde leger som forskriver medikamentet, og at dette vil bli presisert i den endelige forskriften. Imidlertid mener helseministeren at helsepersonell som utleverer medikamentet til kvinnen, ikke kan reservere seg. For den som av samvittighetsgrunner ikke kan medvirke ved et abortinngrep, må det antas at det å utlevere middelet som fremkaller aborten, vil oppleves som å assistere ved inngrepet, tilsvarende assistanse ved en kirurgisk abort.

På denne bakgrunn mener komiteens flertall at helsepersonell må kunne reservere seg mot dette, og fremmer forslag om det. Som medforslagsstiller er jeg glad for at komiteeflertallet vil imøtekomme helsepersonell som av overbevisningsgrunner må si nei til å utføre eller assistere ved abortinngrep. Jeg er glad for at også tilhengere av dagens abortlov vil respektere overbevisningen til dem som finner at de ikke kan utføre eller assistere ved disse inngrepene, og at dette også må gjelde ved medikamentelt indusert abort.

Annelise Høegh (H): Forslagsstillerne bak dette Dokument nr. 8-forslaget har som Are Næss også redegjorde for, fremmet to forslag, hvorav bare det siste har fått Høyres støtte. Men det første forslaget, som gikk ut på at forskriften skulle ivareta foreldrenes informasjonsrett til helsehjelp, som det heter i pasientrettighetsloven, i forbindelse med unge kvinners abortinngrep, har de jo selv heller ikke fremmet, i tråd med at statsråden, klokt nok, har signalisert at han vil ta inn ordet «alvorlig» i den nye forskriften. Da oppfatter også vi det slik at dette egentlig er en nyformulering av dagens praksis, og at det ikke ligger noe ønske om å endre det som har vært praktisert hitil.

Det er klart at hovedregelen fortsatt vil og fortsatt skal være at foreldre skal informeres når mindreårige kvinner ber om abort, fordi det er et alvorlig inngrep som kan sette spor også etterpå. Men fordi spørsmål om abort ikke er som ethvert annet spørsmål om helsehjelp, er det også viktig å respektere at det kan være så alvorlige konflikter mellom den unge kvinnen og foreldrene at det i helt spesielle tilfeller er grunn til ikke å informere foreldrene når den unge kvinnen ber om det. Det er dette som har vært Høyres utgangspunkt, som vi holder fast ved.

Det andre spørsmålet dreier seg om å respektere helsepersonells reservasjonsrett når det gjelder å assistere ved et abortinngrep. Der har vi sluttet oss til forslagsstillerne, og mener at det i dette tilfellet også skal være en rett for sykepleiere og jordmødre til å kunne reservere seg mot å assistere ved inngrep etter abortpillen. Nå kan det kanskje sies at det er å strekke begrepet «assistere ved abortinngrep» et stykke ved også å la det omfatte utdeling av abortpillen. Men under én forutsetning synes jeg det er viktig ikke å måtte presse noen som føler at dette går på samvittigheten løs, og som vegrer seg mot dette, og den har da også komiteens flertall lagt til grunn, nemlig at det da blir stilt annet personell til rådighet, slik at den enkelte kvinnes rett til å få utført et abortinngrep også ved bruk av abortpillen ikke blir hindret av at et eventuelt helsepersonell vegrer seg og reserverer seg mot å delta. Med denne klare forutsetning, som også er gjengitt i innstillingen, støtter Høyre forslaget om at man respekterer alle grupper helsepersonells reservasjonsrett også ved medikamentell abort.

Olav Gunnar Ballo (SV): Forslagsstillerne forslaget har vært todelt. Den ene delen gjaldt en hovedregel om å sikre informasjon til foreldre til barn og unge under 16 år som blir gravide og det er aktuelt med gjennomføring av selvbestemt abort. Den andre delen gikk på helsepersonells reservasjonsrett knyttet til at medisinsk abort skal være sidestilt med den reservasjonsretten som i dag gjelder for kirurgisk abort.

Som flere har vært inne på, er første del nå på plass, i den forstand at statsråden har understreket at man vil forandre teksten i forskriften, slik at der man kan anta at det vil være «alvorlige» konflikter, skal man ikke informere foreldrene. Det er dermed helt klart at det vil være hovedregelen at foreldre vil bli informert når det gjelder barn og unge mellom 12 og 16 år når det er aktuelt med abort. Jeg vil derfor ikke komme noe nærmere inn på den delen, men bare understreke at også for SV har det vært slik at det har vært viktig å sidestille kirurgisk og medisinsk abort.

Selv om en ny metode blir tatt i bruk, vil de etiske sider når det gjelder retten for helsepersonell til å kunne reservere seg, etter SVs syn ikke endres prinsipielt. På samme måte som en lege skal ha rett til å reservere seg hvis man av personlige grunner finner det riktig, må det også være en rett for annet helsepersonell. Når en lege vil kunne reservere seg mot å forskrive en pille til bruk ved medisinsk abort, må etter mitt og SVs syn også det personell som skal gi pillen, ha den samme retten, fordi konsekvensen vil være den samme. Det betyr at man deltar aktivt i en handling når det gjelder selvbestemt abort.

Så legger jeg merke til at saksordføreren går ganske langt i å antyde at dette skal påvirke kvinnens rett til selvbestemt abort. Jeg kan nesten ikke understreke sterkt nok at SV er en forsvarer av den loven som eksisterer i dag, og vi har ingen planer eller noe ønske om å endre på loven, men vil tvert imot sterkt forsvare loven slik den i sin tid ble vedtatt. Vi foreslo også at det ble tatt inn en tekst som understreket at selv om det finnes helseperso-

nell som reserverer seg ved det enkelte sykehus, må man uansett sikre at vedkommende som har begjært selvbestemt abort, får utført handlingen. Reservasjoner må ikke påvirke den beredskapen sykehuset til enhver tid skal ha. Det er da også blitt en flertallsmerknad. Jeg synes dermed at det saksordføreren her trekker inn, ligger på siden av saken, og at det ut fra dokumentene er en unødvendig påpeking fra saksordføreren. Det er helt åpenbart at lov om selvbestemt abort uansett skal videreføres slik den gjelder i dag, og at de som ønsker å gjennomføre abort, skal sikres den retten som loven har gitt dem.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 4. (Votering, sjå side 2412)

S a k n r . 5

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790, post 72 Sykehusbehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge (Innst. S. nr. 171 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:36 (2000-2001))

Presidenten: Etter ønske frå sosialkomiteen vil presidenten gjere framlegg om at debatten blir avgrensa til 45 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeidarpartiet 10 minutt, og dei øvrige gruppene 5 minutt kvar.

Vidare vil presidenten gjere framlegg om at det blir gitt høve til replikkordskifte på inntil 5 replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av Regjeringa.

Vidare vil presidenten gjere framlegg om at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

Det er vedteke.

Ola D. Gløtvold (Sp) (ordfører for saken): Presidenten redegjorde for sakens innhold, så jeg skal ikke gjenta det, men det gjelder altså et forslag fra representanten Olav Gunnar Ballo om å kunne bruke denne bevilgningen på 975 mill. kr til pasientbehandling både utenlands og innenfor Norges grenser.

Flertallet mener i denne saken at en ny vurdering av om vedtatte bevilgninger er tilpasset behov og forutsetninger, så vel for innenlands- som for utenlandsbehandling, skal gjøres ved første ordinære budsjettbehandling, dvs. tidligst i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett nå i vår.

Et mindretall, som Senterpartiet er med på å utgjøre, mener at vi burde se noe mer fleksibelt på disponeringen av disse midlene når vi har fått så mange signaler som vi har fått, om at det finnes ledig kapasitet – både ordinær og ekstraordinær – ved våre sykehus. Man har bl.a. fått brev fra Sentralsjukehuset i Hedmark og fra Røde Kors Klinikk i Oslo v/direktøren der. Vi vet også at Rogaland fylkeskommune har hatt en dialog gående med helseministeren i lang tid; det er i hvert fall sendt mange brev fra Rogaland til helseministeren om mulig bruk av denne såkalte utenlandsmilliarden til pasientbehandling i Rogaland,

hvor de har kapasitet til det hvis de får tilført økonomi.

Vi i Senterpartiet mener at det er riktig å være fleksible når det gjelder bruken av disse pengene, til pasientens beste. Vi mener også at det er hensynet til pasienten som skal tillegges størst vekt. Vi tror at det er flere som vil si ja takk til en rask behandling hvis dette kan gjøres i hjemlandet, og så nær hjemstedet som mulig.

Det er flere grunner til at folk vegrer seg for å reise til utlandet for å få medisinsk behandling. Fra faglig hold advares det mot for sterk bruk av utenlandsbehandling på grunn av økt fare for sykehusinfeksjoner, noe som etter hvert vil komme til å belaste det norske helsevesenet.

Utenlandsbehandling vil også koste mye i form av reiseutgifter og eventuelle ledsagerutgifter. Dette er utgifter som ikke i det hele tatt kommer helsebehandling til gode, og vi mener at det da vil være mye riktigere å sette disse inn i en nasjonal handlingsplan, med behandling her.

Kostnader blir det også ved eventuell etterbehandling som må skje i Norge, og vi vet jo at det fra medisinsk faglig hold understrekes at de som er primæroperatører i slik helsebehandling, også bør være de som foretar etterbehandling i tilfelle komplikasjoner og stort oppfølgingsbehov. Det kan ikke skje ved utenlandsbehandling. Når pasienten er tilbake i Norge, er det det norske helsevesenet som må ta seg av dette.

Undertegnede har før denne saken kom til Stortinget, hatt noe korrespondanse med helseministeren om en mer fleksibel bruk av denne såkalte utenlandsmilliarden. I brev til sosialkomiteen sier helseministeren at han har merket seg de signaler som er framkommet fra flere norske sykehus, om ledig kapasitet i forbindelse med bevilgningen Stortinget gjorde før jul 2000. Disse opplysningene er etter min mening interessante og bør gi grunnlag for flere reaksjoner: Blant annet er vel dette et bevis på at det i dag er for dårlig kommunikasjon, samordning og oversikt i norsk helsevesen når det gjelder å ha kontroll med god kapasitetsutnyttelse. Det sies i dagens debatt om statlig overtakelse av sykehus at dette skal rette seg når staten overtar. Jeg må vel si at behandlingen av denne saken ikke tyder på at det blir noen særlig bedring. Vi ser her at en ny vurdering av fleksibel bruk av allerede bevilgede midler til pasientens beste skal utsettes til ordinær budsjettbehandling. Jeg mener at dagens organisering av helsevesenet tidligere kunne ha gitt den oversikt og den innsikt som vi her har fått, og som vi har etterlyst ved flere anledninger, og at det burde ha resultert i at Regjeringen med utgangspunkt i de 975 mill. kr hadde kommet tilbake med et opplegg også for innenlandsbehandling.

Til slutt vil jeg ta opp det forslag som Senterpartiet og SV fremmer om at det i denne forbindelse er mulig å bruke norsk behandlingsinstitusjon, som vil være like rimelig som og raskere enn behandling i utlandet.

Presidenten: Representanten Gløtvold har tatt opp det forslaget han refererte til.

Asmund Kristoffersen (A): Jeg skal ikke gå inn i detaljene i Stortingets tidligere behandling av forslag om

1 milliard kr til behandling av pasienter i utlandet. Forslaget, som ble fremmet av Fremskrittspartiet, gikk på disponering av 1 milliard kr på budsjettet for år 2000, et forslag som ble behandlet i Stortinget 14. november 2000. Arbeiderpartiet påpekte det urealistiske i å bevilge så mye penger en og en halv måned før budsjettårets utgang, og vi mente fremfor alt at det ville være både naturlig og nødvendig at en betydelig økning i omfanget av kjøp av operasjoner i utlandet ble knyttet opp til Stortingets ordinære behandling av statsbudsjettet for 2001, som da var like om hjørnet.

Jeg minner også om at de vurderinger som departementet gjorde av hvor mange pasienter det kunne være aktuelt å tilby behandling i utlandet, ikke sannsynliggjorde et behov for 1 milliard kr til utenlandsbehandling.

Arbeiderpartiet og jeg har ikke forandret syn. Stortingets bevilgninger, enten det er til pasientbehandling eller andre formål, må knyttes til grundige analyser av behov, kapasitet og mulighet til å få satt bevilgningene ut i praktisk tjeneste på en god måte. Derfor mener jeg og Arbeiderpartiet at spørsmålet om bevilgninger selvsagt må knyttes opp til de ordinære budsjettbehandlinger i Stortinget, fortrinnsvis til årsbudsjettene, eventuelt til revidert nasjonalbudsjett. Å foreta bevilgninger spredt utover året vil medføre tilfeldigheter som vi ikke kan leve med i Stortinget. Stortinget må holde såpass orden i sitt arbeid at bevilgninger til ulike sektorer ses i sammenheng og er forutsigbare både for forvaltningen og for brukerne.

Jeg minner om at vi om kort tid inviteres til å ta stilling til en ny milliard, en såkalt innenlandsmilliard, etter forslag fra Fremskrittspartiet. Slik kan ikke Stortinget arbeide.

Are Næss (KrF): Bakgrunnen for at Stortinget bevilget 1 milliard kr til pasientbehandling i utlandet var på den ene side lange ventelister på grunn av antatt manglende kapasitet i Norge, og på den annen side at dette ikke ville være inflasjonsdrivende og svekke budsjettet. Senere har vi fått opplysninger om ledig behandlingsskapasitet i Norge, og nå altså forslag om å bruke pengene innenlands.

Kristelig Folkeparti påpekte i debatten om utenlandsmilliarden 14. november 2000 ulempene ved utenlandsbehandling. De aller fleste pasienter ønsker behandling i nærmiljøet. Å sende pasienter til utlandet betyr også at vi eksporterer behandlingserfaring og -kompetanse som vi ønsker å ha i Norge. Utenlandsbehandling medfører dessuten økt fare for import av multiresistente bakterier. Den nylige anbefaling fra Statens helsetilsyn om å øke antallet isolatsenger, bl.a. med denne begrunnelsen, understreker dette.

Det er altså ingen helsepolitiske fordeler ved utenlandsbehandling. Når det gjelder de budsjettmessige virkninger, har Kristelig Folkeparti bedt finansministeren om en uttalelse, som er tatt inn i innstillingen. I sitt svar viser finansministeren til at det er generelt mangel på arbeidskraft i store deler av norsk økonomi, bl.a. særlig innen helsesektoren, og at økte bevilgninger innenlands generelt, og innen helsesektoren spesielt, derfor vil øke

presset i norsk økonomi. På denne bakgrunn kan Kristelig Folkeparti ikke støtte forslaget i Dokument nr. 8:36.

Annelise Høegh (H): Høyre stod bak vedtaket fra 14. november i fjor om å bevilge 1 milliard kr til behandling i utlandet av pasienter som har ventet lenge på behandling her hjemme. Hovedbegrunnelsen var den gang, og den står vi fortsatt bak, at vi ved å bevilge disse pengene til utenlandsbehandling ikke ville sørge for – hadde jeg nær sagt – å øke inflasjonstakten her hjemme, slik at de pengene vi bruker innenlands, blir mindre verd og altså rekker til færre pasienter. Det er ikke skjedd store endringer i den vurderingen siden den gang. Derfor holder vi fast på det vi gjorde.

Ellers er selvfølgelig også Høyres syn at hovedregelen er at vi skal ha et helsevesen som er i stand til å gi den behandling norske pasienter trenger, med de få unntak det kanskje kan bli etter hvert med så spesialisert og høyteknologisk behandling at det kan være fornuftig å behandle dem andre steder. Men hovedregelen er selvfølgelig at vi ønsker å ha et helsevesen som kan gi norske pasienter den behandlingen de burde ha krav på.

Siden dette ikke alltid er like greit og enkelt å oppfylle, ønsket også Høyre – jeg minner om det – i forbindelse med behandlingen av pasientrettighetsloven å ha en klarere og mer operativ paragraf når det gjaldt rett til behandling, som går ut på at man skal ha rett til behandling etter en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist. Hvis det ikke er mulig å oppfylle denne her i landet, skal pasienten ha rett til å få behandling i utlandet på det oftest muligens beste.

Jeg har også merket meg at etter at Stortinget vedtok denne såkalte utenlandsmilliarden, har en rekke sykehus ment at de har ledig kapasitet, bare de får pengene. Det kan iallfall tyde på at alternativer og konkurranse kan virke fremmende på tanken og kanskje bevirke at flere kunne behandles selv innenfor de budsjetter som er vedtatt.

Når det derimot gjelder dagens forslag, velger vi altså også å henvise det til behandlingen av revidert nasjonalbudsjett. Det er da vi tar stilling til om de bevilgninger vi har gitt, er tilstrekkelige, eller om vi bør plusse på dem. Det gjelder også den innenlandsmilliarden som vi straks skal behandle. Høyres syn er i begge tilfeller at man bør se til revidert, den halvårlige revisjon av budsjettet, og for øvrig holde seg til det man vedtok for litt mindre enn et halvt år siden.

John I. Alvheim (Frp) (komiteens leder): Det fremlagte Dokument nr. 8-forslag fra representanten Olav Gunnar Ballo fra Sosialistisk Venstreparti som den foreliggende innstilling bygger på, er etter mitt skjønn et merkelig og særegent populistisk forslag. Sosialistisk Venstreparti var – sammen med sentrumpartiene Høyre og Fremskrittspartiet – med på å bevilge 1 milliard kr til utenlandsbehandling for norske pasienter så sent som i november måned. Grunnen til at dette forslaget ble fremmet og vedtatt, var, som flere allerede har sagt, hensynet til norske pasienter som hadde ventet i helsekø over

svært lang tid. I tillegg var det ikke mulig å få bevilget penger til offentlig sykehusbehandling i Norge på det tidspunkt, og det hadde det heller ikke vært tidligere.

Det er min påstand at samtlige politiske partier i november allerede visste at norske offentlige sykehus kunne behandle flere pasienter om ekstra midler ble stilt til rådighet. Det visste faktisk representantene i sosialkomiteen allerede våren 2000, da vi behandlet den såkalte sykehøkonomiproposisjonen – St.prp. nr. 47 for 1999-2000. Det visste også representanten fra Sosialistisk Venstreparti på det tidspunkt.

At flere offentlige sykehus i Norge reagerte på utenlandsmilliarden, er lett forståelig. De kunne jo ha utført flere behandlinger om de hadde fått flere penger da, og de kan også i dag utføre langt flere behandlinger om ressursene blir tilstrekkelige, noe Stortingets flertall så langt ikke har vært villig til å gi dem.

Takket være rimelig rask behandling i Sosial- og helsedepartementet er pasientbroen til utlandet nå oppe og går, og de fleste pasientene er godt fornøyd med den behandlingen de har fått i utlandet. Men de er dessverre mindre fornøyd med den mottakelse og oppfølging de får i offentlige norske sykehus når de kommer hjem og skal ha etterbehandling, eksempelvis for å fjerne suturer. Jeg viser her til mitt spørretimespørsmål i Stortinget den 14. ds., hvor det fremgår at en pasient etter endt pasientbehandling i Tyskland hadde store problemer med å få fjernet sine suturer ved et offentlig norsk sykehus.

Forslagsstilleren, mindretallet i innstillingen og flertallet som fortsatt vet at norske offentlige sykehus kan behandle flere pasienter om det blir stilt midler til rådighet, kan vedta Fremskrittspartiets nye Dokument nr. 8-forslag om å bevilge en hjemmemilliard – om de vil, og om det er hensynet til pasientene man har prioritert og ikke hensynet til formaliteter, som representanten Asmund Kristoffersen var så veldig opptatt av.

Jeg er glad for at et solid flertall i sosialkomiteen avviser Dokument nr. 8:36, og for at den bevilgede milliard for behandling av norske pasienter i utlandet opprettholdes. Ikke bare får pasientene behandling, men vi høster også ganske god erfaring med tanke på fremtiden, for jeg har forstått det slik på den nåværende helseminister at behandling i utlandet også kan komme på tale i andre sammenhenger i tiden fremover. Dette er en god erfaring å ta med seg med tanke på utvelgelse av pasienter i fremtiden, noe man ønsker både av hensyn til pasientens ventetid, pasientens situasjon og ikke minst av hensyn til den økonomiske side ved saken når det gjelder behandling i utland og innland.

Olav Gunnar Ballo (SV): Et «særegent» og «populistisk» forslag kalte lederen i sosialkomiteen det forslaget som vi i dag har til behandling. Det er det vel verdt å lytte til, for ingen kan med samme tyngde dokumentere kunnskaper om særegne og populistiske forslag som nettopp lederen i Stortingets sosialkomite. I en artikkel i Aftenposten 16. januar 2001 gis det uttrykk for følgende:

«I Fremskrittspartiet er det også enighet internt. Sosialpolitikeren John Alvheim og finanspolitiker Siv

Jensen synes begge det er greit at utenlandsmilliarden blir brukt i Norge. Fremskrittspartiet og SV er de to partiene som har tatt avstand fra tenkningen om at det er inflasjonsdrivende og farlig for norsk økonomi om man bruker en ekstra milliard eller to i helsevesenet.»

Samme kveld, i «Redaksjon 21», tok den samme Alvheim til orde for at midlene kunne brukes i Norge, da på gitte premisser. Det som Alvheim altså den gang karakteriserte som fornuftig på visse betingelser, harselerer han i dag over fra talerstolen, fordi det ikke lenger er opportunt å gå inn for det. Jeg tror man skal besinne seg litt før man velger karakteristikk som «særegent» eller «populistisk» brukt om andre partier.

Jeg registrerer også at Asmund Kristoffersen uttalte til Aftenposten den 16. januar i år:

«Pengene er bevilget, så hvis vi kan få stanset utsendelsen av pasienter, har vi ingenting imot at pengene blir brukt ved norske sykehus».

Gunhild Øyangen uttalte til Dagbladet den 15. januar:

«Det er bra de andre partiene endelig tar til vettet.

Men de visste norske sykehus kunne avhjelpe sykehuskøen hvis de fikk penger.»

Så sier altså Asmund Kristoffersen i dag: «Arbeiderpartiet og jeg har ikke forandret syn.» Men i januar gikk altså både Asmund Kristoffersen og Gunhild Øyangen ut – henholdsvis til Aftenposten og Dagbladet – og tok til orde for at midlene burde brukes til norske sykehus.

Jeg har med min beste vilje vanskelig for å se at dette forslaget er et «populistisk» forslag, som enkelte har valgt å karakterisere det. Man har altså fra Stortingets side bevilget 1 milliard kr til bruk i utlandet, og så synliggjøres det gjennom skriv fra diverse norske sykehus at brukt målrettet kunne en god del av de midlene vært brukt til behandling i Norge i stedet. Vi har fått brev fra Martina Hansens Hospital, Røde Kors Klinikk og Rogaland sentralsykehus, og fylkeskommunen i Rogaland har tatt kontakt. Det samme har Sentralsykehuset i Hedmark gjort. Til og med fra sykehuset i Mo i Rana har vi fått høre at 3 mill. kr brukt målrettet på ortopediske inngrep kunne ha gjort at en del av køen kunne vært avviklet der.

Så kan man saktens spørre: Burde ikke Stortinget visst dette på forhånd? Jeg vil si at de skriv og de innspill som har kommet fra norske sykehus, gir Stortinget en unik mulighet til å målrette innsatsen. Her kunne man jo brukt anbudsprinsippet. Her kunne man stilt krav i forhold til hva man skal ha igjen for ressursene. Her kunne man ha sammenlignet priser med prisene i den utenlandsbroen som allerede er skapt, for så å se om det går an å drive norske sykehus rimeligere. Situasjonen når det gjelder driften av norske sykehus, er jo på mange måter motsatt av det den er til vanlig, fordi man der hele tiden får krav om mer midler, uten at man nødvendigvis får mer effektivitet med på kjøpet. Slik sett var man i Stortinget i en unik situasjon, der man virkelig kunne ha stilt krav til ulike norske sykehus, fått presentert en liste over hva slags tilstander som kunne vært behandlet, og brukt disse midlene – ikke som en ekstrabevilgning, men rett og slett disse midlene som allerede var bevilget – til å avvikle køer ved norske sykehus.

En del av de eksemplene man nå får fra utlandet, er jo rimelig groteske. Her er det enkelte som for å bli operert for en meniskskade må ha med seg ledsager til Tyskland og være der 3-4 dager. Når man begynner å regne på det i forhold til at det kunne vært gjort poliklinisk på hjemstedet til den enkelte, får man kostnader som kanskje kommer opp i det tjuedobbelte. Og så skal man altså ikke ta innover seg den typen konsekvenser, vurdere om det finnes alternativer og så kunne bruke midlene målrettet – ikke i stedet for at noen skal få behandling i utlandet, men for at noen av dem som må reise dit i dag, skal kunne få den samme behandling i Norge.

Ordet frekkhet er vel uparlamentarisk, hr. president?

Presidenten: Ja.

Olav Gunnar Ballo (SV): Ja, det er uparlamentarisk, ja, for hvis ikke, ville jeg ha brukt det til å karakterisere lederen av sosialkomiteens uttrykk «populistisk» og «særegent» som nettopp det, men jeg får da velge å avstå fra det.

Dette hadde vært en målrettet og fornuftig måte å bruke disse midlene på. Dessverre takker stortingsflertallet nei, men jeg må takke saksordføreren for den grundige og gode jobben han har gjort, og for at Senterpartiet står sammen med oss i denne saken.

Statsråd Tore Tønne: Sykehussektoren har mer enn et finansielt problem. Sektoren har gjennom de siste årene blitt tilført stadig større ressurser. Innenfor somatikken har budsjettøkningen siden 1995 vært på nesten 5 pst. årlig. Dette har gitt grunnlag for vekst i antall behandlede pasienter. Men fortsatt er det mange på venteliste, og noen av disse har ventet uakseptabelt lenge.

På tross av at det stadig utdannes mer helsepersonell, er mangel på personell blant årsakene til at kapasitet ikke blir utnyttet.

Det investeres stadig mer i nytt sykehusutstyr. Samtidig vet vi at mye utstyr står ubrukt store deler av døgnet. Vi ser også at sykehus eller sykehuseiere i liten grad sender pasienter på ventelister dit det er ledig kapasitet eller kortere ventetid. Økte ressurser kan ikke løse slike problemer, som er av organisatorisk og styringsmessig karakter.

Innføringen av pasientenes rett til fritt sykehusvalg fra 1. januar har gjort det mulig for pasientene å velge behandling, f.eks. ved de sykehus som har kortest ventetider. Dette skulle i seg selv stimulere norske fagmiljøer til både å synliggjøre ledig kapasitet og å utnytte den. Utover pasientenes rett til fritt sykehusvalg står fylkeskommunene også fritt til å inngå avtaler om behandling av pasienter fra andre fylkeskommuner. Slik kan fylkene innen dagens system ta ansvar for pasientene og sørge for at den ledige kapasiteten utnyttes.

Erfaringene så langt er at fylkeskommunene og sykehusene i ulik grad medvirker til at pasientene kan få behandling andre steder. Det er også store ulikheter mellom fylkeskommunene i hvordan pasientbehandlingen organiseres, og med hensyn til hvilke tiltak som settes i verk for å fjerne flaskehals og uakseptabel ventetid.

Ulike holdninger når det gjelder å utnytte nye muligheter, er også blant Rikstrygdeverkets erfaringer med behandling i utlandet så langt. Dette ble bekreftet av trygdedirektøren i et møte senest i går, der han kunne vise til alt fra entusiasme og samarbeidsvilje til skepsis og holdninger som at «dette passer ikke for oss». Negative holdninger kan imidlertid snus. Men da er det også viktig at vi holder fast ved og gjennomfører ordningen med behandling i utlandet ut fra de forutsetninger som ble lagt til grunn ved etableringen.

Ordningen skal være et supplement til behandling i Norge. Den skal være et alternativ, men ikke erstatte eller fortrengte behandlingstilbud i Norge. Hovedregelen skal selvsagt være at vi skal kunne gi alle pasienter et tilfredsstillende tilbud i Norge. Men det kan alltid oppstå flaskehals og køer i et komplisert helsesystem, og da er det ingen grunn til ikke å utnytte gode tilbud i utlandet når det skjer til pasientenes beste. Det kan også være snakk om behandlingsmuligheter på områder hvor vårt befolkningsgrunnlag er for lite til at det er fornuftig å bygge opp et selvstendig tilbud i Norge, og hvor det kan være mer aktuelt med et samarbeid med gode miljøer i utlandet.

Jeg mener det er grunn til å merke seg uttalelser fra flere norske sykehus og fagmiljøer om ledig kapasitet i forbindelse med Stortingets bevilgning til kjøp av behandling i utlandet. Dagens finansieringssystem skal gi sykehusene grunnlag for å utnytte slik ledig kapasitet. Halvparten av driftsfinansieringen er aktivitetsbestemt gjennom polikliniske refusjoner og innsattsstyrt finansiering. Aktivitetsøkning for å utnytte ledig kapasitet utløser inntekter som dekker halvparten av behandlingens gjennomsnittskostnad. Fylkeskommunene er videre i årets budsjett tilført frie inntekter for å dekke finansiering ut over 50 pst. statlig refusjon.

Departementet har bedt Rikstrygdeverket bestrebe seg på å oppnå gunstigst mulige priser i valg av behandlingssted. Dette innebærer bl.a. at reisekostnadene må stå i rimelig forhold til behandlingens kostnader, både ved det utenlandske sykehuset og i Norge. Det er foreløpig inngått kontrakter med sykehus i Danmark, Sverige og Tyskland. Behandlingsstedene er velegnet for norske pasienter både av hensyn til språk, reiseavstand og reiseutgifter.

Økte ressurser alene løser ikke problemer av organisatorisk og styringsmessig karakter. Behandling i utlandet medfører ikke bare økt kapasitet, men også nye muligheter for pasienter som norske sykehus av ulike årsaker ikke har maktet å gi et tilbud. Hvis dette samtidig kan stimulere norske sykehus til å prøve nye former for organisering for å øke aktiviteten, har vi oppnådd mye.

Jeg anser det som sannsynlig at sykehus bør tilføres økte ressurser også i tiden framover. Bevilgningen til behandling i utlandet er imidlertid ikke særlig relevant for vurderingen av hvor mye de skal tilføres, eller når slike økninger bør bevilges. På nåværende tidspunkt er jeg ikke innstilt på å foreslå ekstraordinære bevilgninger, dvs. å øke bevilgningen til norske sykehus utover det Stortinget har bevilget for 2001.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ola D. Gløtvold (Sp): Jeg er enig med helseministeren i at sykehusene har mer enn et økonomisk problem. Systemet innen vårt helsevesen har bl.a. organisatoriske og styringsmessige problemer. Det kunne vi etter min mening ha hjulpet lite grann på i dag hvis vi hadde gjort vedtak om å bruke allerede bevilgede midler fleksibelt.

Utstyr står ubrukt store deler av døgnet. Ja vel, men hvis vi setter inn ekstra innsats ved sykehusene i Norge, kan det utstyret brukes større deler av døgnet. Vi måtte også kunne henvise pasienter til ledig kapasitet når ikke sykehusene henviser dem. Dette ville etter min mening ha virket besparende og effektivitetsutnyttende når det gjelder den ressursen vi allerede har satt inn.

Jeg vil spørre helseministeren om det foreligger nye kostnadsoverslag i forhold til de som ble gjort i november 2000, når det gjelder hva det koster den norske stat å øke bruken av norsk helsepersonell til følgepersonell ved utenlandsbehandling, når det gjelder behovet for etterbehandling og hva slags prislapp man har på det, og når det gjelder økte utgifter i forhold til økt smitterisiko. Disse momentene er også med på å belaste norsk sykehusvesen og norsk økonomi, og vil i hvert fall slik sett måtte trekkes fra når man skal gjøre opp dette regnskapet, om å sette inn en snau milliard kr i norsk helsevesen er inflasjonsdrivende eller ikke.

Jeg mener det blir litt absurd å snakke om at en snau milliard kr er inflasjonsdrivende i norsk økonomi når vi vet hvor mange milliarder vi bruker. Vi får heller forsøke å minske volumet av annet forbruk i dette landet i forhold til å behandle syke mennesker.

Statsråd Tore Tønne: Det er ikke gjennomført særskilte kostnadsoverslag over de faktorer som representanten Gløtvold her spør om. Men erfaringene med denne ordningen så langt viser at det ikke er den type kostnader det her er snakk om, som på noen måte gjør at denne ordningen fortjener uttrykket «absurd» og de andre uttrykkene som brukes her. Tvert imot så mener vi at erfaringene så langt er positive. Det viser også de tilbakemeldinger som kommer fra pasienter som har fått behandling i utlandet. Det er for øvrig også noe som jeg synes bør inngå i den brukererfaring som ellers er etterlyst i forbindelse med sykehusbehandling, at norske pasienter som får behandling i utlandet, kommer tilbake og kan fortelle at de faktisk har fått en behandling som var vesentlig bedre enn den de kanskje i utgangspunktet sogar hadde forventninger om.

Jeg mener at de opplegg som vi på relativt kort tid har fått til for utnyttelse av disse midlene, er fullt forsvarlig i forhold til det man får igjen. Så kan man saktens diskutere hvorvidt, som det ble sagt her, 1 milliard kr fra eller til vil være inflasjonsdrivende i det norske system. Jeg mener det er en helt annen diskusjon, som man eventuelt må ta helt uavhengig av om det er bevilget 1 milliard kr til behandling i utlandet eller ikke.

Som sagt, jeg gjentar at spørsmålet om anvendelsen av den milliarder er irrelevant i forhold til spørsmålet om det skal bevilges mer penger til behandling i sykehus i Norge. Det er spørsmål som man eventuelt må komme tilbake til ved de ordinære budsjettbehandlinger.

John I. Alvheim (Frp): Jeg kunne godt tenke meg innledningsvis å be helseministeren nøye følge opp disse rapportene som kommer fra pasienter som har fått behandling i utlandet. Jeg har snakket med noen som har vært der, og det er ganske interessant å høre om hva man opplever ved et offentlig sykehus i utlandet, og for så vidt også ved et privat sykehus, når det gjelder pasientenes tilfredshet, den service de får osv.

Også i dag har infeksjonsfaren ved en pasientbro til utlandet vært nevnt. Det er selvfølgelig en reell fare som ingen av oss kan se bort fra, og som det er relevant å diskutere i denne sammenheng. Mitt spørsmål til helseministeren går på: Har departementet eller helseministeren så langt under pasientbroens virke registrert noe særlig problemer i forbindelse med at pasienter som kommer hjem fra kirurgisk behandling i utlandet, har dratt med seg sykehusinfeksjoner som har ført til problemer for den enkelte pasient? Jeg kjenner til at Helsetilsynet har sendt ut et rundskriv til offentlige sykehus om at man skal ha en spesialbehandling av dem som kommer for oppfølging. Det har vi diskutert før, og der regner jeg med at helseministeren har tatt affære.

Statsråd Tore Tønne: Jeg må først understreke at risikoen for smitte, for overføring av multiresistente bakterier i forbindelse med behandling ved utenlandske sykehus, er reell og blir hele tiden tatt med stort alvor. Så langt har det vært et opplegg for dette som vi i utgangspunktet har ment skulle være fullt forsvarlig, og som så langt heller ikke har medført problemer av noen art som ikke har vært til å håndtere. Jeg har sagt tidligere at problemet med smitte i forbindelse med opphold ved utenlandske sykehus eller andre helseinstitusjoner, er en generell problemstilling. Smitte oppstår i forbindelse med at det er stor reisevirksomhet. Sykdom inntreier i utlandet og nødvendiggjør behandling i utlandet, og folk kommer tilbake.

Jeg vil mene at det opplegg som man har i forbindelse med bruken av denne utenlandsmilliarden, er mer forsvarlig, fordi det er et planlagt og systematisert opplegg med utvelgelse på forhånd av sykehus, behandlingssteder, som er blant de med den beste kvalitet. Man legger da avgjørende vekt på at man ikke legger behandling til f.eks. sykehus som har en forekomst av multiresistente mikrober som man har grunn til å lage foranstaltninger mot. I sammenligning med det som skjer i forbindelse med f.eks. vanlig turisttrafikk, mener jeg at risikoen i dette tilfellet er lavere.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til replikk, og fleire har heller ikkje bede on ordet i sak nr. 5. (Votering, sjå side 2412)

S a k n r . 6

Innstilling fra energi- og miljøkomiteen om Numedals-Laugens Brugseierforening. Ny konsesjon for fortsatt regulering av Numedalslågen (Innst. S. nr. 179 (2000-2001), jf. St.prp. nr. 37 (2000-2001))

Presidenten: Etter ønske frå energi- og miljøkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir avgrensa til 45 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeidarpartiet 10 minutt, dei øvrige gruppene 5 minutt kvar.

Vidare vil presidenten foreslå at det ikkje blir gitt høve til replikkordskifte etter dei enkelte innlegga, og at dei som teiknar seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Presidenten ser det som vedteke.

Bent Høie (H) (ordfører for saken): Denne saken gjelder fornyelse av konsesjon for fortsatt regulering av vassdrag med eldre regulering i Numedalslågen. Denne type fornyelser gir mulighet til å ta hensyn til nye krav til naturmiljø og endret samfunnssyn i forhold til det som ble vektlagt for 80 år siden. Samtidig er det viktig å sikre produksjonen av elektrisitet. Numedalslågen er et sentralt vassdrag i Norge med mange ulike funksjoner og kvaliteter. Vassdraget strekker seg fra Hordaland til Vestfold, men har hovedstrekket i Buskerud.

I saken har det kommet fram tre hovedinteresser. For det første er det interessene til magasin kommunene, som ønsker å øke verdien av naturopplevelsene og sikre fiskebestanden i denne delen av vassdraget, for det andre interessene til kommunene nederst i vassdraget, som er opptatt av laksestammen og dermed kravene til minstevannføring, og for det tredje ikke minst interessene til Brugseierforeningen, som ønsker å sikre kraftproduksjonen. Utfordringen i denne saken er dermed å balansere disse interessene på en god måte. Jeg føler at vi gjennom denne enstemmige innstillingen har lyktes med dette.

Numedalslågen er foreslått som nasjonalt laksevassdrag i NOU 9: 1999. Derfor har komiteen vært opptatt av vilkårene for laksestammen i vassdraget. Gjennom proposisjonen kommer det fram at det underveis har vært ulike syn mellom Miljøverndepartementet og Olje- og energidepartementet om hva som vil være tilstrekkelig for å sikre laksestammen. Dette og de høringene som er gjennomført under behandlingen, har ført til at komiteen enstemmig legger seg på Miljøverndepartementets siste anbefaling for minstevannføring ved Skollenborg for perioden 25. mai til 30. juni. Men det er en klar forutsetning at regulanten utfører undersøkelser vedrørende laksens levevilkår i vassdraget. Viser det seg at dette manøvreringsreglementet gir negative resultat for laksen, er det mulig å ta hele reglementet opp til ny vurdering, og det er også mulig å gripe inn etter pkt. 2 i reglementet. Hovedårsaken til at vi har vært noe tilbakeholdne med å øke minstevannføringen utover dette, er selvfølgelig behovet for å ivareta natur- og miljøinteressene i øvre del av vassdraget.

Svært mange barn og voksne følger nå med i serien «Vi på Langedrag». Der får en et lite inntrykk av hvilke kvaliteter som er knyttet til denne delen av vassdraget i Nore og Uvdal kommune. Gjennom denne saken vil disse sikres sterkere.

Foreningen Aksjonsgruppen for Pålbufjordens fremtid skal denne påsken feire med rømmegrøt at de nå har fått gjennomslag for å bygge terskel ved Rødtjennan. I tillegg går en enstemmig komite inn for at det utarbeides en samlet terskelplan for området. På denne måten får en vurdert behovet for flere terskler og sikrer lokalsamfunnets innflytelse.

Gjennom denne type saker er det også viktig å sikre at nye krav ikke reduserer kraftproduksjonen så mye at det legger press på utbygging av nye uberørte vassdrag. Gjennom behandlingen viste det seg at kravene til flomdempingsmagasin og flomtapping var lagt for høyt. I svar fra Olje- og energidepartementet av 12. mars åpnes det for en justering som innebærer en produksjonsøkning på ca. 27 GWh. Jeg vil minne om at dette faktisk innebærer ca. halvparten av den økte produksjonen som den omstridte foreslåtte utvidelsen av kraftverket i Hattebergvassdraget ved Baroniet Rosendal vil innebære. Det viser at det i lignende saker er viktig å ha med dette perspektivet også i vurderingen av de vilkårene som pålegges.

Med dette anbefaler jeg innstillingen fra komiteen.

Torny Pedersen (A): Saksordfører har redegjort for sakens innhold og komiteens arbeid. Jeg vil bare knytte noen kommentarer til de områdene som folk som bor langs vassdraget, er mest opptatt av.

Ettersom vi i tiden framover får flere av disse eldre vannkraftreguleringssakene til behandling i Stortinget, har det betydning hvordan vi håndterer både produksjons-, sikkerhets- og miljøspørsmål i denne saken.

Med opprusting og fornying av gamle vannkraftverk ønsker man å øke produksjonen, slik at vi i størst mulig grad får utnyttet en av våre mest miljøvennlige energikilder.

I tillegg vil Regjeringen ved gjennomgang av Samlet plan for vannkraftutbygging legge vekt på å revidere miljøvilkårene for eksisterende utbygginger. Man må altså se produksjon og miljø mer i sammenheng for å finne de beste samfunnsnyttige løsninger.

I innstillingen til St.prp. nr. 37 for 2000-2001 har vi fått en «vinn-vinn»-situasjon der man tar vare på miljøet og samtidig eliminerer deler av et produksjonstap uten at noen må kvittere for ulempene.

Numedalslågen berører store geografiske områder, og miljøinteressene er ganske forskjellige fra den øverste delen til den nederste delen av vassdraget. Dagens regulering forårsaker sanddyner og månelandskap øverst i vassdraget i nedbørsfattede år. Dette skal det nå bøtes på med å bygge en terskel i Pålbufjorden som vil skape en bedre vannstand og forhåpentligvis et bedre innlandsfiske. Om nødvendig skal det bygges ytterligere to terskler. Proposisjonen inneholder altså store estetiske forbedringer.

De største miljøutfordringene i denne saken ligger i vurderingene av minstevannføringen i forhold til å ta vare på laksestammen i Numedalslågen. Skal man tro på medieoppslagene, er villaksbestanden i Norge på veg opp. Det er bra, men vi må fremdeles legge forholdene til rette slik at vi vet med sikkerhet at villaksstammen i våre vassdrag har de beste forholdene for overlevelse. Det er en av grunnene til at regjeringen Stoltenberg vil stille strengere miljøvilkår til eksisterende og kommende vannkraftutbygginger.

I Numedalslågen er bestanden sterk og sykdomsfri og er derfor en ressurs både som kulturtradisjon og – aller mest – som næringsvirksomhet. Numedalslågen er et av de vassdragene som vurderes som nasjonalt laksevassdrag etter forslag fra Rieber-Mohn-utvalget. For Arbeiderpartiets fraksjon var det viktig å ta hensyn til dette og finne de riktige løsningene som kan bevare og gjerne øke produksjonen av laks i Numedalslågen. Arbeiderpartiets fraksjon er derfor glad for at en samlet komite legger til grunn Miljøverndepartementets reviderte forslag til minstevannføring ved Skollenborg, som innebærer en opptrapping fra 1. april, og som har en absolutt minstevannføring på 65 m³/sek fra og med 25. mai til 30. juni. Dette vil ikke skape problemer for magasinene lenger opp i vassdraget. Bare i ekstreme tørrår vil oppfyllingen av Tunhovdfjorden ta noe lengre tid.

Det som da gjenstår, er at Statkraft SF følger opp med undersøkelser av både oppvandring, utvandring og overlevelse av laksen i Numedalslågen, og at man får kartlagt forholdene også på ettersommeren. Enkelt sagt: Det må forskes systematisk på laksens atferd i forhold til reguleringene i dette vassdraget.

Elsa Skarbøvik (KrF): En enstemmig komite har gått inn for at det skal gis ny konsesjon på ubegrenset tid for regulering av Halnefjorden, Pålsbufjorden, Tunhovdfjorden og Rødbergdammen i Numedalslågen og overføring av deler av Økta, Smådøla, Borgåi og Veig.

Kristelig Folkeparti ser positivt på fornyelsen av konsesjonen. Den har gitt anledning til viktige korrigeringer som gjør at vilkårene i større grad samsvarer med dagens miljøkrav til kraftindustrien og et endret samfunnsyn.

Det er viktig å gjøre de nødvendige grep for å få til teknologiske og miljømessige forbedringer i produksjonen av elektrisk kraft. Dette har Stortinget sluttet seg til i energimeldingen. Kristelig Folkeparti viser i denne sammenheng til at de grep som er gjort for å sikre laksebestanden og for flomsikring av vassdraget, er med på å redusere de vesentligste ulempene ved reguleringen.

Her vil jeg spesielt nevne komiteens forslag til reduksjon av flomdemningsmagasinets høyde. Dette vil forhåpentligvis både effektivisere produksjonen og ha en flomdependende effekt.

Kristelig Folkeparti er orientert om interessekonflikten som råder mellom natur- og næringsinteressene i de øvre og de nedre deler av vassdraget. Magasinkommunene ønsker mer vann i vassdragene av hensyn til estetikk og fisk. Dette strider mot elvekommunenes ønske om

mer vannslipping hovedsakelig av hensyn til laksen i vassdragets nedre deler.

Komiteen har foreslått en høyere minstevannføring enn det som er lagt fram som forslag i proposisjonen. Dette er i samsvar med de vannføringene som Miljøverndepartementet mener sikrer en levedyktig produksjon av laks i Numedalslågen.

De nye bestemmelsene om minstevannføring er et viktig skritt mot å sikre en levedyktig laksestamme i vassdraget. Levekårene for laksen vil bedres betydelig med det nye reglementet. Men det er likevel viktig at man tar det opp til vurdering etter en tiårsperiode. For å sikre et godt faglig grunnlag for eventuelle endringer av minstevannføringen er det også viktig at regulanten utfører undersøkelser om laksens levevilkår i vassdraget.

Hallgeir H. Langeland (SV): SV vurderte lenge å forlengja minimumsvassføringa på 65 m³/sek ut august, for me meinte det var mest forsvarleg i forhold til villaksproblematikken. Etter drøftingar med saksordførar blei me likevel overtydde om at me skulle gå vidare med det forslaget som no er lagt fram, delvis – for å gje litt skryt til Høgre sin saksordførar – på grunn av eit grundig arbeid frå saksordføraren si side som gjer at det er enklare for SV som miljøparti å gå med på ei samrøystes innstilling.

Lat meg berre til slutt seia når det gjeld det som står om manøvreringsreglementet, at dersom det blir problem i forhold til villaksen, kan me altså før det er gått ti år, gå inn og korrigera. Det er utgangspunktet mitt for å vera med på denne samrøystes innstillinga, men eg og SV vil sjølvst, dersom det blir problem, fronta manøvreringsreglementet og gjera noko med det.

Dag Terje Andersen (A): Jeg er glad for den presiseringen og forståelsen av forutsetningene som Langeland her understreket, for det er mange hensyn som skal ivaretas når man skal vedta nytt manøvreringsreglement. I ei elv som er blant Norges og derved også Europas beste lakseelver, ei elv som har en reproduserende stamme av laks i et så tett befolkningsområde som Numedalslågen har, er det i tråd med de intensjoner som allerede er signalisert fra Regjeringen knyttet til Rieber-Mohn-utvalget, at det er naturen og biologien som skal få fortrinn, og at en skal være trygg på at en ivaretar laksebestanden, som er ganske spesiell.

Numedalslågen er en av Norges beste lakseelver. Lardal kommune, som jeg kjenner best, bestemte seg for allerede i 1983 i forbindelse med behandlingen av Samlet Plan at istedenfor konsesjonsbehandling for kraftutbygging ønsket kommunen heller å ivareta det spesielle som et lakseførende vassdrag i befolkningstette områder er. Det er et unikt bidrag til fellesskapet, og er også mer riktig forvaltning av naturen. Derfor er jeg glad for at det er tatt hensyn nettopp til laksebestanden, også med de justeringer som er gjort her i Stortinget av komiteen, før saken nå endelig legges fram. For det ansvaret vi har for å forvalte det biologiske mangfold, tilsier at vi må gjøre nettopp det.

Når det gjelder oppfølgingen, er jeg glad for – som det har blitt understreket her – at regulanten har ansvaret for å følge utviklingen i bestanden både når det gjelder laksen og andre fiskeslag lenger oppe i elva, og at reglementet kan tas opp igjen til ny vurdering innen ti år hvis det er behov for det ut fra hensynet til laksen og laksestammens overlevelse.

I forhold til dagens reglement er det en god del forandringer i det som nå blir foreslått. Etter dagens reglement – som ble bestemt i 1979 – gjelder fløtningsreglementet fremdeles om sommeren selv om det ikke lenger er tømmerfløting. Det betyr at i perioden 15. mai–15. august er Lågen godt sikret når det gjelder vann, med dagens reglement. Men i perioden 15. august og fram til 1. april, vinterdelen av året, er faktisk det forslaget som kom fra Olje- og energidepartementet, bedre enn det reglementet som gjelder i dag.

Det som imidlertid var usikkerheten, særlig for de av oss som bor ved de nedre deler av Lågen, var sommervannføringen. Med den forandring komiteen nå har foreslått, som er i tråd med Miljøverndepartementets forslag, nemlig at vi får en opptrapping fra 1. april fram til 25. mai, og deretter 65 m³/sek i hele juni, har vi sikret oss at sommervannføringen blir bedre enn det som opprinnelig lå i forslaget. Det synes jeg er et viktig signal. For det første er det viktig for laksen i seg selv, derfor er jeg veldig glad for at det blir vedtatt. Men jeg er også glad for det signalet som energi- og miljøkomiteen her sender, for dette er det første av de foreslåtte laksevassdrag som får behandlet et manøvreringsreglement etter at Rieber-Mohn-utvalget la fram sin innstilling. Jeg er veldig glad på Lågens vegne for at det ble såpass bra som det ble, selv om jeg gjerne skulle hatt litt mer vann i august også. Jeg synes dette er et klart signal fra miljøkomiteen om at de intensjoner som ligger i Rieber-Mohn-utvalgets innstilling, vårt ansvar for å ta vare på de unike laksestammene i Norge, skal følges opp i det videre arbeidet. Slik sett synes jeg den innstillingen som nå foreligger, for det første gir et bedre utgangspunkt for laksen i Lågen enn det det kunne se ut til en stund i prosessen, men ikke minst gir den også signal om at vi framover skal la hensynet til naturen stå sentralt når vi diskuterer manøvreringsreglement for våre sentrale vassdrag.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak, nr. 6.

(Votering, sjå side 2412)

S a k n r . 7

Innstilling fra energi- og miljøkomiteen om forslag fra stortingsrepresentant Steinar Bastesen om lovforslag vedrørende vern i og ved sjøområder og implementering av bestemmelser om konsekvensutredninger (Innst. S. nr. 173 (2000-2001), jf. Dokument nr. 8:34 (2000-2001))

Presidenten: Ingen har bede om ordet.
(Votering, sjå side 2412)

H a n s J . R ø s j o r d e gjeninntok her presidentplassen.

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Stortinget går da til votering.
I sak nr. 1 foreligger det ikke noe voteringstema.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten har John I. Alvheim satt fram et forslag på vegne av Fremskrittspartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at godkjent medisin for Alzheimers sykdom, som eksempelvis Aricept, overføres til den vanlige blåreseptordningen fra 1. januar 2002.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet ble med 78 mot 19 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 14.29.21)

Komiteen hadde innstillet:

I

Stortinget ber Regjeringen redegjøre for status og fremdrift for opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus i forbindelse med statsbudsjettet for 2002.

II

Stortinget ber Regjeringen vurdere å opprette et geriatrisk forskningsprogram med hovedvekt på anvendt pasientnær forskning i regi av Norges forskningsråd og redegjøre for fremdriften i statsbudsjettet for 2002.

III

Stortinget ber Regjeringen legge fram en stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling i løpet av 2002.

IV

St.meld. nr. 26 (1999-2000) – Om verdier for den norske helsetenesta – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Votering i sak nr. 3

Komiteen hadde innstillet:

Stortinget ber Regjeringen snarest mulig sørge for at Rikstrykdeverket gis hjemmel til å dekke kostnadene til dialysevæske og forbruksvarer ved hjemmebasert posedialyse over trygdebudsjettet. Regjeringen bes også om å gjennomgå og utbedre DRG-systemet for dialysebehandling.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Votering i sak nr. 4

Presidenten: Under debatten har Reidun Gravidahl satt fram et forslag på vegne av Arbeiderpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at helsepersonell som aktivt utfører abort ved hjelp av abortpillen, kan reservere seg.»

Det voterer alternativt mellom komiteens innstilling og forslaget fra Arbeiderpartiet.

Komiteen hadde innstillet:

Stortinget ber Regjeringen sørge for at forskriftene til gjennomføring av lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd respekterer alle grupper helsepersonells reservasjonsrett også ved medikamentell abort.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Arbeiderpartiet bifaltes innstillingen med 61 mot 38 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.31.08)

Votering i sak nr. 5

Presidenten: Under debatten har Ola D. Gløtvold satt fram et forslag på vegne av Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Forslaget lyder:

«Bevilgningen under kap. 2790 post 72 Sykebehandling i utlandet for budsjettåret 2000 kan også disponeres til sykebehandling i Norge for pasienter som det vil være rimeligere å behandle i Norge enn i utlandet. Stortinget ber Regjeringen iverksette slik behandling snarest i tråd med det som er anført i innstillingen.»

Det voterer alternativt mellom komiteens innstilling og forslaget fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:36 (2000-2001) – forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge – avvises.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti bifaltes innstillingen med 84 mot 15 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.32.12)

Votering i sak nr. 6

Komiteen hadde innstillet:

I

Stortinget samtykker i at Kongen gir tillatelse til Numedals-Laugens Brugseierforening til fortsatt regulering av Numedalslågen på de vilkår som er gjort rede for i St.prp. nr. 37 (2000-2001), men med følgende endringer:

- Manøvreringsreglementets pkt. 3 (Tunhovdfjorden og Pålbufjorden) endres slik at vannstanden ikke overstiger kote 733,90 i Tunhovdfjorden og kote 748,57 i Pålbufjorden i tiden frem til 1. november før tilløpet til Nore-magasinen overstiger 72 m³/s. Samtidig reduseres flomdempingsmagasinets høyde med 0,5 m.
- Den absolutte grense for minimumsvannføringen ved Skollenborg settes til 65 m³/s i perioden 25. mai til 30. juni.

II

Konsesjonæren pålegges å utarbeide en samlet terskelplan for vassdraget og sidevassdrag.

III

Næringsfondet for Nore og Uvdal kommune settes til kr 33 000 000.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Votering i sak nr. 7

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:34 (2000-2001) – forslag fra stortingsrepresentant Steinar Bastesen om lovforslag vedrørende vern i og ved sjøområder og implementering av bestemmelser om konsekvensutredninger – avvises.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

S a k n r . 8*Referat*

1. (198) Samtykke til deltaking i ei avgjerd i EØS-komiteen om endring av protokoll 31 i EØS-avtala om deltaking for EFTA/EØS-statane i ei fellesskapsramme for samarbeid om akutt havureining (St.prp. nr. 59 (2000-2001))
Enst.: Sendes energi- og miljøkomiteen, som forelegger sitt utkast til innstilling for utenrikskomiteen til uttalelse før innstilling avgis.
2. (199) Sal av 22,9 prosent av Hofsfoss kraftverk i Ringerike kommune (St.prp. nr. 60 (2000-2001))
Enst.: Sendes energi- og miljøkomiteen.

3. (200) Forslag fra stortingsrepresentant Siv Jensen om endring i ny forskrift om engangsavgift på motorvogner (Dokument nr. 8:78 (2000-2001))
Enst.: Sendes finanskomiteen.
4. (201) Ombudsmannsnemnda for Forsvarets innberetning om virksomheten i tiden 1. januar – 31. desember 2000 (Dokument nr. 5 (2000-2001))
Enst.: Sendes forsvarskomiteen.
5. (202) Forslag fra stortingsrepresentantene Jan Petersen, Inge Lønning og Petter Løvik om gjeninnføring av støtte til delvis dekning av skolepenger for elever ved utenlandske eller internasjonale videregående skoler (Dokument nr. 8:71 (2000-2001))
Enst.: Sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.
6. (203) Forslag fra stortingsrepresentantene Jan Petersen, Sverre J. Hoddevik og Erna Solberg om gjenomgåelse av arbeidsmiljølovens regler om overtid slik at reglene blir mer fleksible og tilpasset et moderne arbeidsliv (Dokument nr. 8:74 (2000-2001))
Enst.: Sendes kommunalkomiteen.
7. (204) Statsrådsprotokollene for tidsrommet 1. juli 2000 til 31. desember 2000
Enst.: Sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
8. (205) Forslag fra stortingsrepresentantene Odd Roger Enoksen og Morten Lund om å gjennomføre tiltak slik at hensynet til matvaretrygghet og dyre- og folkehelse blir bedre ivaretatt i Norges handelsavtaler med andre land (Dokument nr. 8:72 (2000-2001))
Enst.: Sendes næringskomiteen.
9. (206) Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å utvide pasientombudenes rolle til også å dekke primærhelsetjenesten (Dokument nr. 8:70 (2000-2001))
10. (207) Forslag fra stortingsrepresentantene May Britt Vihovde, Lars Sponheim, Odd Einar Dørum og Gunnar Kvasheim om kriseprogram mot overdoseepidemien (Dokument nr. 8:73 (2000-2001))
Enst.: Nr. 9 og 10 sendes sosialkomiteen.
11. (208) Samtykke til ratifikasjon av valfri protokoll av 25. mai 2000 om sal av barn, barneprostitusjon og barnepornografi, til FNs konvensjon av 20. november 1989 om rettane til barnet (St.prp. nr. 58 (2000-2001))
Enst.: Sendes utenrikskomiteen.
12. (209) Forslag fra stortingsrepresentantene Arne Lyngstad, Inge Lønning, Ursula Evje, Marit Tingelstad og Odd Einar Dørum om godkjenning av Oasen barneskole ved en eventuell ny søknad etter privatskolelovens § 3 a (Dokument nr. 8:75 (2000-2001))

Presidenten: Presidentskapets forslag er at dette dokumentet behandles i samsvar med forretningsordenens § 28 tredje ledd bokstav c.

Ranveig Frøiland (A): Denne saka gjeld eit Dokument nr. 8-forslag som er reist av dei som er refererte her,

og vi kjenner til at denne saka har vore ein gjengangar, sjølv om det er opp til statsråden å avgjera ei slik sak.

For eit par veker sidan ønskte fleirtalet i komiteen å invitera statsråden til komiteen for å gjera greie for avslaget, men han kunne ikkje koma på grunn av forretningsordenen, som seier at når komiteen ikkje har ei sak som er send over frå Stortinget, så kan ein ikkje invitera ein statsråd. Det er heilt greitt, og det er ikkje forretningsordenen eg vil seia noko om. Men no er det altså lagt fram eit Dokument nr. 8-forslag som Arbeidarpartiet og SV ønskjer skal sendast over til komiteen, slik at vi kan få ei behandling av dokumentet, og slik at vi òg kan invitera statsråden om komiteen har eit ønske om det.

Når eit så stort mindretal som Arbeidarpartiet, som er den største gruppa, og SV ber om at saka vert send til kyrkje-, utdannings- og forskningskomiteen, ber eg om at Stortinget seier at det er OK.

Presidenten: Presidenten har merket seg dette.

Inge Lønning (H): Komiteens leder glemte i sin redegjørelse å gjere oppmerksom på at det møtet med statsråden som ikke ble avholdt, medførte at det flertallet i komiteen som ønsket å høre statsrådens utdypning, valgte å stille et skriftlig spørsmål isteden, og dette skriftlige spørsmålet har statsråden i samsvar med reglementet besvart. Derfor er det komiteflertallets oppfatning at en komitebehandling ikke kan tilføre saken noe ytterligere utover det som ligger i forslaget, og at Stortinget derfor burde kunne behandle saken på det foreliggende grunnlag.

Kristin Halvorsen (SV): Det er selvsagt slik at det er makta som rår i Stortinget, og den makta kan stortingsflertallet velge å benytte seg av. Men jeg tviler på om det er særlig klokt. For framtidig behandling av denne typen saker av prinsipiell karakter tror jeg både flertallet og mindretallet hadde vært tjent med at denne saken ble behandlet i komiteen før den kom opp i åpen sal.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet.

Presidenten summerer da opp følgende: Representanten Ranveig Frøiland har bedt om at referatsak nr. 209 behandles etter foretningsordenens § 28 tredje ledd bokstav b, altså sendes til komite, mens Presidentskapet innstiller på forslaget som er omdelt i salen, altså behandling etter forretningsordenens § 28 tredje ledd bokstav c, dvs. legges ut til gjennomsyn for tingets medlemmer i minst én dag og deretter føres opp på kartet til behandling.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom Presidentskapets forslag og forslaget fra Ranveig Frøiland bifaltes Presidentskapets forslag med 54 mot 46 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.38.54)